



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**EDUARDO PEREIRA ALVES**

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA**  
**DE CUIDADO TERRITORIAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Florianópolis

2022

EDUARDO PEREIRA ALVES

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA  
DE CUIDADO TERRITORIAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Linha 1D: Uso e Abuso de Substâncias.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro  
Schneider

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alves , Eduardo Pereira

O Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia  
clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e  
outras drogas / Eduardo Pereira Alves ; orientadora,  
Daniela Ribeiro Schneider, 2022.

143 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. . 2. Acompanhamento Terapêutico. 3. Saúde Mental. 4.  
Atenção Psicossocial. 5. Álcool e outras drogas. I.  
Schneider, Daniela Ribeiro . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III. Título.

Eduardo Pereira Alves

O acompanhamento terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Magda do Canto Zurba, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Daniela Ribeiro Schneider, Dr.(a)

Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que sofreram ou sofrem com o uso de álcool e/ou outras drogas, e aos seus familiares e amigos que sofreram ou sofrem *pari passu* com eles;

Dedico à minha mãe, Dalva Pereira Rosa, que lutou com todas as suas forças, ao meu lado, durante longos dez anos, para que eu pudesse superar os problemas relacionados ao uso de álcool e outra drogas; e pelo seu olhar, que me acompanha, me encoraja, me movimenta, e me faz acreditar. Pelo amor que ainda posso sentir!

Dedico ao meu filho, Vitor Barcelos Pereira Alves, a este amor tão grande que carrego em meu coração e que me faz continuar!

Dedico à minha irmã, Luciana Pereira Alves, de longe ou de perto, sempre esteve aqui, ao meu lado!

Dedico ao meu pai, Djalma Alves Ferreira, por me ensinar a levar a vida de um jeito mais leve e a desfrutá-la!

Dedico ao Tio Durval e a Tia Enaura, por serem grandes exemplos para minha vida!

E por fim, dedico ao meu filho, Pedro Henrique Martins de Frias Pereira (*in memoriam*), que teve sua vida interrompida precocemente aos 15 anos de idade no mundo das drogas.

## **AGRADECIMENTOS**

Nada se constrói sozinho! Agradeço de todo o meu coração:

A Simone Silva Rodrigues, por estar sempre comigo no choro e no riso! Você é família!

A Enis Mazzuco, pela amizade de valor inestimável! Isto é muito! Você também é família!

Ao meu grande amigo Felipe Top! Meu irmão!

A Marcele Emerim! Por todas as oportunidades que você me concedeu e que me ajudaram a construir este caminho!

À minha querida Hebe Régis! Pela gratuidade da sua generosidade que tanto me tocou!

A Rosane Granzotto e ao Marcos Muller! Pelos ensinamentos e oportunidades! Valiosas para que eu pudesse autorizar o desejo!

A Maria Beatriz da Ros! Por todo incentivo que sempre me dispensou! Obrigado Bia!

A Raquel Barcelos da Silva! Por estar comigo de forma tão generosa e amorosa por 15 anos! E por ser uma mãe incrível para o nosso filho! Você foi meu chão! Gratidão imensa Quel!

A Gabriela Franco Subtil! Pelo amor que me desafiou a ser uma pessoa melhor! Pela paciência e parceria! Seu incentivo foi muito muito valioso! Obrigado Gabi!

A Andréa de Almeida Rosa! Pelo seu amor! Pelo seu sensível e profundo mergulho no olhar que me leva a enxergar mais além do que os olhos podem ver!

Agradeço a minha orientadora Dani Schneider. Você foi mais que uma orientadora. Você realmente se importa com a pessoa! Obrigado por isto! Significa muito pra mim! Muito!

Obrigado a Universidade Federal de Santa Catarina UFSC e ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, por viabilizar esta realização!

Viva a Universidade Pública!

O meu compromisso com a minha natureza é de não ser igual  
O meu compromisso com a minha natureza é de não ser igual

Nasci no meio de milhares de pinheiros, nasci no meio de  
Milhares de pinheiros, mas eu saquei que sou uma goiabeira  
Nasci no meio de milhares de pinheiros, nasci no meio de  
Milhares de pinheiros, mas eu saquei que sou uma goiabeira

Na geometria desse mundo me disseram que eu sou quadrado  
Mas eu sou triangular e quem sabe circular

O alecrim e hortelã me confundem  
O alecrim o alecrim o alecrim  
O alecrim o alecrim o alecrim

Trechos da Música “O Cubo”  
Banda Dazaranha

## Resumo

Na história da humanidade sempre houveram formas de segregar e excluir as pessoas que não se adaptavam aos padrões de normalidade socialmente aceitos. Em meados do século XX, após a Segunda Grande Guerra Mundial, o mundo começou a discutir a forma como a sociedade tratava seus cidadãos. Foi neste contexto de humanização emergente que surgiram os primeiros questionamentos aos modelos asilares e manicomialmente oferecidos no campo da Saúde Mental. Foi o início dos movimentos que constituíram a Reforma Psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, e que se espalharam pelo mundo. O movimento promoveu uma ruptura com a tese psiquiatrizante sobre a doença mental e lutou pelos direitos das pessoas que estavam sujeitadas aos modelos asilares de tratamento. No início da década do ano 2000, a compreensão da saúde com um produto do coletivo ganhou força e o cuidado passou a ser oferecido no território, em uma rede de atenção psicossocial. Desde então, houveram grandes transformações nas práticas e saberes, valores culturais e sociais, relacionados ao resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico grave. O AT é uma prática que nasceu junto aos movimentos de reforma na Saúde Mental, e se desenvolveu como uma clínica ampliada que se exerce fora do instituído, nos extra muros, no território onde o sujeito habita, em liberdade, buscando articular os elementos do seu cotidiano como estratégia terapêutica. Diante disto, o objetivo deste estudo é analisar as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, como prática substitutiva aos modelos asilares. A pesquisa teve um desenho exploratório e descritivo para alcançar os seus objetivos. A abordagem do estudo foi mista, com uma etapa quantitativa, com a aplicação de um questionário online e outra qualitativa, com base em entrevistas com roteiro semiestruturado, compondo dois diferentes artigos com seus resultados. A análise dos dados foi realizada com estatística descritiva e inferencial, para os dados quantitativos e por análise de conteúdo, segundo Ruiz-Olabuénaga, para os dados qualitativos. Ao final, foram elaboradas considerações finais que triangulam os resultados das duas dimensões da pesquisa. Realizou-se um mapeamento dos profissionais que realizam AT com usuários de álcool e outras drogas em território nacional, assim como, uma caracterização destes profissionais e a descrição de suas concepções e práticas sobre o AT. Os resultados mostraram que o perfil dos profissionais e as práticas do Acompanhamento Terapêutico no Brasil caminham *pari passu* com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e com o Modo de Atenção Psicossocial, constituindo-se como um potente dispositivo político de fortalecimento de direitos dos usuários, como o direito à cidade e a uma vida digna, e se colocam na mediação do resgate da cidadania, alimentado pelo desejo de reinserção social das pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas (AD). Verificamos também como a resistência aos dispositivos normalizadores, às tendências das internações recorrentes, às lógicas institucionalizantes, produzem efeitos terapêuticos para usuários e potencializam a ação técnica. Visualizamos neste trabalho, como o AT se configura como uma rica estratégia clínica de acolhimento e cuidado territorial às pessoas com sofrimento psíquico grave, no qual se incluem, também, as pessoas com problemas na relação com o uso de álcool e outras drogas.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Terapêutico. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial. Álcool e outras Drogas.



## Abstract

In the history of humanity, there have always been ways of segregating and excluding people who have not adapted to socially accepted standards of normality. In the mid-20th century, after World War II, the world began to discuss how society treated its citizens. In this context of emerging humanization, the first questions arose about the asylum and asylum models offered in the field of Mental Health. It was the beginning of the movements that constituted the Psychiatric Reform in Europe and the United States and spread throughout the world. The movement promoted a break with the psychiatric thesis about mental illness and fought for the rights of people subjected to asylum treatment models. In the 2000s, the understanding of health as a collective product gained strength, and care began to be offered in the existential territory, in a psychosocial care network. Since then, there have been significant changes in practices and knowledge, cultural and social values related to the rescue of citizenship of people with severe psychological distress. TA is a practice that is born inside of mental health change movements. It was developed as an expanded clinic performed outside the health services, in the extra walls, in the territory where the subject lives. AT aims at personal freedom, articulating the elements of their daily lives as a therapeutic strategy. Therefore, the objective of this study is to analyze the concepts and practices of Therapeutic Accompaniment (TA) as a clinical strategy for territorial care for users of alcohol and other drugs in Brazil as a substitute for asylum models. The research had an exploratory and descriptive design to achieve its objectives. The study approach was mixed, with a quantitative stage, with the application of an online and qualitative questionnaire based on interviews with a semi-structured script, composing two different articles with their results. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics for quantitative data and content analysis, according to Ruiz-Olabuénaga, for qualitative data. The final considerations made a results triangularization of the two dimensions of the research. The objective is to map the professionals who perform TA with drug users in Brazil, developing their characterization and description of their conceptions and practices on TA. The results showed that Therapeutic Accompaniment in Brazil was implemented within the Brazilian Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Modality. Professionals conceive TA as effective policies and practices to strengthen users' rights, citizenship, and dignified life. Monitoring is seen as a mediation action for the social reintegration of people with problematic use of alcohol and other drugs (AD). We also verified how resistance to normalizing devices, recurrent hospitalization trends, and institutionalizing logic produce therapeutic effects for users and enhance technical action. In this work, we visualize how the TA is configured as a rich clinical strategy of reception and territorial care for people with severe psychological suffering, including people with problems in the relationship with alcohol and other drugs.

**Keywords:** Therapeutic Follow-up. Mental Health. Psychiatric Reform. Psychosocial Care. Alcohol and other Drugs

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
OBJETIVO GERAL.....	17
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
<b>DELINEAMENTO GERAL DA PESQUISA.....</b>	<b>18</b>
<b>PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....</b>	<b>20</b>
RISCOS E BENEFÍCIOS.....	21
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ARTIGO I: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PROFISSIONAIS QUE UTILIZAM O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA TERRITORIAL DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OU OUTRAS DROGAS.....</b>	<b>25</b>
INTRODUÇÃO.....	26
MÉTODO.....	31
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
<b>ARTIGO 2: AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS QUE UTILIZAM O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA TERRITORIAL DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OU OUTRAS DROGAS.....</b>	<b>54</b>
INTRODUÇÃO.....	55
MÉTODO.....	58
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICES.....	131

## INTRODUÇÃO GERAL

Na história da loucura, a perspectiva científica e biomédica de “doença mental”, que surgiu no século XVII, substituiu a visão teocêntrica do “louco” como alguém acometido por uma possessão demoníaca, vigente na Idade Média. Baseado em parâmetros construídos estatisticamente pela média da população e por valores compartilhados na sociedade como sendo ideais, a psiquiatria estabeleceu um padrão de normalidade para o comportamento humano, e as pessoas que não se enquadram nestes padrões passaram a ser os “sujeitos a serem corrigidos” (CAPONI, 2012). Este modelo explicativo justificou o confinamento dos loucos nos manicômios, e impôs sobre eles métodos de tratamento com técnicas e práticas para correção das falhas morais e produção de corpos dóceis, para eliminar qualquer anomalia que não estivesse adaptada à norma social vigente da época (FOUCAULT, 2006).

O manicômio era o local onde a psiquiatria operava seu saber. Na época, o manicômio foi considerado um avanço no tratamento que era dado às pessoas em sofrimento psíquico, visto que, na concepção teocêntrica, elas estavam isoladas em condições sub-humanas nos cárceres e porões, sem nenhuma perspectiva de cuidado. O modelo psiquiátrico nasceu com a esperança de libertar a loucura, mas, diante da ineficácia de seus métodos, o manicômio continuou o legado de segregação e aprisionamento do louco. Para agravar a situação, no decorrer dos séculos XVIII e XIX, as condições de tratamento nestes ambientes foram se deteriorando e desconsiderando cada vez mais os direitos das pessoas com “transtornos mentais”. Suas práticas incluíam, entre outras, a lobotomia, o eletrochoque e a camisa de força (ASSIS et al., 2013).

A história do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, contada pela jornalista Daniela Arbex, em seu livro “Holocausto Brasileiro”, é um retrato da realidade manicomial. Pelas vias férreas que chegavam à cidade, vinham os vagões de carga com os pacientes para o hospital colônia. O “trem de doido”, como ficou conhecido, trazia para o hospital as pessoas indesejáveis na sociedade e que, na grande maioria das vezes, não tinham nenhum diagnóstico de “doença mental”, tais como prostitutas, mendigos, homossexuais e opositores políticos. As práticas de crueldade e genocídio operadas na instituição levaram o psiquiatra italiano, um dos percussores da Reforma Psiquiátrica no mundo, Franco Basaglia, a taxar o Hospital de Barbacena como campo de concentração nazista. Estima-se que pelo menos 60 mil pessoas tenham morrido no hospital, desde sua inauguração em 1903, até seu recente fechamento nos anos 1980 (ARBEX, 2013).

A tese psiquiatrizante, que sustentou as violências praticadas nos manicômios, tem sua concepção epistemológica centrada nos aspectos orgânicos, operada em uma perspectiva

biomédica com a concepção de saúde como ausência de doença. Nesta perspectiva, o transtorno é concebido como uma doença individual, pois seria determinada por fenômenos mentais e neuroquímicos, sem considerar a influência do contexto e das trajetórias de vida na produção das “loucuras”. Este olhar reducionista sobre o sofrimento psíquico produz diagnósticos pautados exclusivamente na descrição de sinais e sintomas, utilizando o método quantitativo para realizar a classificação das ditas “doenças mentais”. Daí se desdobra uma assistência em saúde fragmentada e curativista, centrada no poder do médico e nas instituições hospitalocêntricas (SCHNEIDER, 2009).

Em meados do século XX, na Europa e nos Estados Unidos, surgiram os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica que buscaram resgatar a cidadania e garantir os direitos das pessoas com “transtornos mentais”. A Reforma Psiquiátrica questionou a noção de “doença mental” concebida pelo saber psiquiátrico a partir do seu modelo biológico e classificatório de patologização dos comportamentos considerados como “anormais” (SCHNEIDER & DE LIMA, 2011). O movimento antipsiquiátrico é uma atitude de rompimento com os tratamentos manicomiais, e de ruptura com os paradigmas hegemônicos no campo da Saúde Mental que estavam vigentes até aquele momento. Inspirado nos movimentos de reforma que estavam acontecendo pelo mundo, a Reforma Psiquiátrica brasileira começa a dar seus primeiros passos na década de 60.

No Brasil e no mundo, a reforma Reforma Psiquiátrica psiquiátrica promoveu grandes avanços para os cuidados em saúde mental. Era um terreno fértil para o aparecimento de práticas de cuidado alternativos ao modelo manicomial. Neste contexto nasceu o acompanhamento terapêutico (AT), uma prática que começou na saúde mental para acompanhar os pacientes internados fora do espaço dos manicômios e garantir que eles cumprissem o programa terapêutico acordado com a equipe médica. Inicialmente o AT cumpria essa função de auxiliar psiquiátrico – nome que ficou conhecido na época – mas, com o tempo, passou-se a reconhecer o valor das suas práticas terapêuticas e se consolidou como uma clínica própria (REIS NETO et al., 2011).

O trabalho de AT imprime uma crítica à tese psiquiatrizante, como modelo de atenção na Saúde Mental, e defende um modo de cuidado em liberdade, de base comunitária e territorial, condizente com a perspectiva da integralidade e também ao modo de atenção psicossocial. Importante marcar que a tese psiquiatrizante não é sinônimo de psiquiatria, pois, embora esta tese tenha nascido e ganhado corpo com os psiquiatras, outros profissionais da saúde ou outras áreas podem orientar suas práticas profissionais a partir desta lógica, assim como muitos psiquiatras podem orientar sua atuação a partir de outra lógica de atenção.

O Acompanhamento Terapêutico (AT) se desenvolveu como um dispositivo clínico de atenção psicossocial alternativo aos modelos de internação, com práticas de cuidado no território para as pessoas em sofrimento psíquico (SILVEIRA, 2016). Esta modalidade de clínica ampliada compreende a saúde como um produto do coletivo, na qual a constituição do sujeito só pode ser pensada no contato direto com a sociedade, a partir de uma rede de relações (FIORATI, 2013). Por este motivo, o AT aposta na rua e na cidade como *setting* terapêutico fértil para a promoção da saúde e produção da subjetividade. Ele circula a céu aberto, sempre que possível, com seu acompanhado, pelos espaços do mundo compartilhado, como estratégia terapêutica de restituição da autonomia e ampliação de territórios, geográficos e existenciais.

O cuidado integral em saúde vai além das práticas curativas, e dá um enfoque especial nas ações de promoção, prevenção e reabilitação. Pensando a partir do princípio da integralidade, o AT busca articular os elementos disponíveis no contexto do seu acompanhado, como a família, a comunidade, os serviços e outros profissionais, para ampliação das contraturalidades sociais e do suporte para uma real inclusão social. É um contexto que envolve as questões pessoais, relacionais, históricas, políticas, econômicas e sociais ao longo do tempo. É a partir do mundo vivido, no mundo da vida, que o AT constrói junto ao seu acompanhado um projeto terapêutico singular.

O princípio da integralidade, que surgiu como diretriz na Constituição brasileira de 1988 para o Sistema Único de Saúde (SUS), em contraposição ao modelo biomédico e psiquiatrizante, propõe uma nova forma de cuidado em saúde. Ele foi fundamental para a Reforma Psiquiátrica Brasileira provocar as transformações necessárias ao modelo assistencial no campo da Saúde Mental.

Desde a década de 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresentou um contínuo progresso na valorização das pessoas em sofrimento psíquico. Até o ano de 2015, houve um grande avanço nas práticas de atenção às necessidades da população, expandindo os serviços de base comunitária e o cuidado em rede oferecido no território. Estava em andamento a execução de um projeto de bem-estar social que englobava também elaborar estratégias para a atenção na Saúde Mental de acordo com a Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A partir de 2016, o modelo de governo conservador retomou o poder em nosso país. Desde então, o governo federal vem adotando medidas que colocaram em curso um acelerado movimento de contrarreforma e desmonte de todos os avanços já alcançados até aquele momento na área da Saúde Mental (DELGADO, 2019). Passamos a vivenciar uma aguda crise

política no Brasil, com graves retrocessos para as áreas da educação, cultura, economia, saúde e outras mais.

Na área da Saúde Mental, as medidas e esclarecimentos do Ministério da Saúde, expressos na Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e na Nota Técnica nº 19, de fevereiro de 2019, são algumas das políticas que retomam a primazia do discurso médico e recolocam o hospital no centro da atenção em saúde mental. Estes documentos apresentam a volta da eletroconvulsoterapia (ECT) como alternativa de tratamento, a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes, a ampliação e aumento do valor das diárias em leitos psiquiátricos, e a desqualificação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019a). Estas políticas trazem de volta antigos fantasmas que já haviam sido superados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No tratamento para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, as atuais políticas restituem a internação como a principal forma de tratamento. Estas políticas formalizam o incentivo e o investimento financeiro com verbas públicas para as Comunidades Terapêuticas (CTs), instituições privadas, em sua grande maioria de cunho religioso, e que oferecem tratamento em regime de internação prolongada para usuários de drogas. Os relatórios das inspeções realizados nas CTs denunciaram o caráter asilar e de privação da liberdade como regra básica do seu funcionamento, com práticas de contenção e tutela que violam gravemente os direitos humanos dos internados (BRASÍLIA, 2018). Guardadas as devidas proporções, as CTs atualizam as práticas manicomialistas signatárias da tese psiquiatrizante e perpetuam o histórico processo de segregação das pessoas que não se enquadram nos padrões de normalidade socialmente esperados.

Álcool e drogas passaram a ocupar o lugar da loucura na “Indústria da Loucura” e a Comunidade Terapêutica veio como carro chefe nos processos de remanicomialização, mercantilização e privatização na saúde mental, com o papel de higienização do meio social, onde aqueles considerados como supérfluos e irrelevantes, passam a ser descartados por uma sociedade excludente e baseada em um estado de exceção (AMARANTE, 2019).

Ao investir no modelo da internação, é preciso retirar o investimento dos outros modelos e serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. De acordo com o Ministério da Cidadania (BRASIL, 2019b), a expectativa para 2020 era investir 297,8 milhões de reais para oferecer 20 mil vagas nas Comunidades Terapêuticas, enquanto que nos CAPS este investimento iria girar em torno de 4,2 milhões. É a volta de um modelo que comprovadamente sabemos que não deu certo na assistência às pessoas com sofrimento psíquico relacionado ao uso problemático de álcool e/ou outras drogas.

O interesse deste estudo é analisar como profissionais se utilizam do Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica territorial de cuidado aos usuários de álcool e drogas. A efetividade do AT como parte integrante de projetos terapêuticos extra-hospitalares é reconhecida por profissionais e usuários dos serviços de saúde mental (FIORATI, 2013). Espera-se que o conhecimento gerado nesta pesquisa possa contribuir para ampliar as possibilidades de cuidado às pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e drogas com base na defesa da liberdade e no resgate da dignidade humana. A hipótese deste estudo é que o Acompanhamento Terapêutico (AT) pode ser uma potente estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

A literatura científica aponta para a necessidade de uma sistematização teórica que estabeleça um delineamento mais claro para a prática do AT (NOGUEIRA, 2009). De acordo Pulice et al. (2005), uma base teórica sólida é importante para legitimar o sentido terapêutico e qualificar esta clínica. A bibliografia sobre o AT como estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas é quase inexistente, estabelecendo uma área importante para se pesquisar, pensar e planejar melhores caminhos para esta prática (CUNHA et al., 2017). Holanda et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática de toda a produção científica sobre o AT no Brasil. Nenhum estudo sobre o AT na área do álcool e drogas foi encontrado nessa revisão de literatura. Sistematizar conhecimento científico que fortaleça a atenção psicossocial e territorial é importante para garantir que este modo de cuidado continue se desenvolvendo com base em evidências, e se torne cada vez mais qualificado e disponível para a população.

Desde o golpe de 1964, esta é a pior crise da democracia em nosso país, onde o desmonte do projeto de bem-estar social, o acirramento do ódio e da desigualdade, o cerceamento das liberdades individuais denunciam o contexto do trágico retrocesso que estamos vivenciando. Precisamos lutar pela democracia que celebramos em 1988, combater a fragilização do SUS e defender a atenção psicossocial na assistência em Saúde Mental (DELGADO, 2019): “A trincheira da resistência está nos serviços territoriais” (p.3).

Tomando como base os bons resultados terapêuticos do Acompanhamento Terapêutico no cuidado territorial na área da Saúde Mental, o objetivo deste estudo foi responder à pergunta: *Como as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) podem ser utilizadas como estratégia clínica territorial para o cuidado às pessoas que fazem um uso problemático de álcool e outras drogas?*

Esta dissertação foi construída no modelo de dois artigos. Artigo 1: apresenta a caracterização do perfil dos profissionais que utilizam o AT como estratégia clínica territorial como forma de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (AD). Foi enviado por *e-mail*

um “Questionário de Caracterização” para estes profissionais. As análises foram realizadas a partir das respostas de 63 profissionais que aceitaram responder ao questionário. O Artigo 2 apresenta as concepções e práticas de profissionais que utilizam o AT como estratégia clínica territorial como forma de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Foi utilizada uma entrevista semidirigida para a coleta de dados e a análise de conteúdo para o tratamento dos dados. Foram selecionados intencionalmente 7 profissionais, respondentes do questionário, para participar da entrevista. Os profissionais entrevistados tinham no mínimo quatro anos de experiência com a prática do AT na área AD. Foi utilizada a técnica do *snowball* para mapear os participantes que compuseram a amostra deste estudo. Abaixo segue o delineamento da pesquisa. O detalhamento da metodologia utilizada se encontra descrito no ARTIGO 1 e no ARTIGO 2 desta dissertação.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Analisar as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) utilizadas como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas no Brasil.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Mapear os profissionais que realizam AT com usuários de álcool e/ou outras drogas no Brasil;
- b) Caracterizar o perfil os profissionais que realizam AT com usuários de álcool e outras drogas (AD) em território nacional;
- c) Descrever as concepções e práticas dos profissionais que realizam AT com o público AD.

## DELINEAMENTO GERAL DA PESQUISA

A abordagem deste estudo utilizou o modelo de pesquisa mista, pois trouxe duas fontes de dados: de um lado, dados quantitativos, obtidos através de um questionário *on line*. Neste caso, foi realizada uma pesquisa de levantamento, por se caracterizar pela investigação direta com pessoas para conhecer o comportamento e percepções sobre um tema. Em nosso caso, a posição de profissionais sobre acompanhamento terapêuticos com usuários de drogas. Baseia-se nas informações colhidas de um grupo significativo de pessoas acerca de um problema. Procede-se à análise quantitativa, e projetam-se esses dados para o universo pesquisado.

De outro lado, dados qualitativos, que não possuem a característica de numerar ou medir o objeto de pesquisa, mas aprofundar a compreensão do fenômeno a ser estudado (SILVEIRA & CÓRDOVA, 2009). Como traz Richardson (1999), este tipo de pesquisa tenta compreender detalhadamente os significados, e preocupa-se com as singularidades do comportamento humano.

Para alcançar seus objetivos, a pesquisa utilizou o método de estudo exploratório e descritivo. O exploratório foi utilizado para buscar maior familiaridade com o problema e uma visão geral sobre o tema pesquisado, para torná-lo mais explícito, esclarecer conceitos e construir hipóteses. E o descritivo investigou uma série de informações sobre o que desejávamos pesquisar, para, assim, descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (SILVEIRA & CÓRDOVA, 2009). O tipo de pesquisa exploratória e descritiva é indicado quando o tema pesquisado é pouco explorado, por isto, busca envolver as experiências das pessoas relacionadas ao problema pesquisado para levantar hipóteses e pensar a atuação prática (GIL, 2008). Nos cabe lembrar que a literatura pesquisada neste estudo mostrou que o Acompanhamento Terapêutico (AT), como uma estratégia clínica e territorial possível de cuidado em casos de sofrimento psíquico clinicamente significativo, vem ganhando corpo teórico e prático no Brasil e no mundo, especialmente, a partir do início deste século, mas também destacou a necessidade de mais pesquisas e estudos na área que possam conferir contornos mais consistentes para a práxis do AT.

A pesquisa de campo foi o procedimento utilizado para a coleta de dados. De acordo com Gil (2008), a pesquisa de campo vai além da busca de dados em referenciais bibliográficos, coletando os dados diretamente com as pessoas que fazem parte do grupo de interesse da pesquisa. Este procedimento traz à luz a experiência vivida dos participantes e aproxima o pesquisador do fenômeno a ser pesquisado.

A pesquisa de campo foi realizada em três etapas:

- Etapa 1: Foram mapeados através do método *Snowball* 63 profissionais que utilizavam ou já haviam utilizado o Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas em diversas regiões do Brasil.

- Etapa 2: Os profissionais mapeados responderam de forma *on line* a um questionário de caracterização do perfil profissional.

- Etapa 3: Sete profissionais que responderam ao questionário de caracterização foram selecionados e concederam uma entrevista individual na modalidade *on line*. Nesta etapa foram descritas e analisadas as concepções e práticas que estes profissionais utilizavam no Acompanhamento Terapêutico (AT) para o cuidado clínico e territorial às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

Para analisar o questionário empregou-se o *software* SPSS. Este programa reúne um pacote estatístico para análise de dados. Foram utilizadas estatísticas descritivas e uma Análise Fatorial Exploratória. As entrevistas foram analisadas à luz na Análise de Conteúdo sugerida por Ruiz-Olabuénaga (1999), em que o texto sempre implica em um contexto e sua rede de significações. Através desta técnica formamos categorias e subcategorias para descrever e analisar as concepções e práticas que os participantes relataram adotar no Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica territorial às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

O objetivo principal deste estudo foi analisar as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) utilizadas como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas. Esperamos que as discussões propostas nas análises deste estudo possam ter constituído pontos disparadores para novas reflexões sobre o cuidado na área da Saúde Mental, mais especificamente, no campo do álcool e drogas. Desejamos que os subsídios clínicos e políticos apresentados nas análises e nos resultados desta pesquisa, e em todo o percurso de diálogo teórico e prático deste estudo, sejam argumentos férteis para problematizar as certezas rígidas que engessam e privatizam as práticas de cuidado em saúde mental, e potentes para contribuir com a ampliação dos diálogo entre as singularidades, as teorias e o modo de cuidado psicossocial.

## PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A ética é um dos princípios do processo de pesquisa que demanda do pesquisador respeito e proteção aos seres humanos envolvidos na investigação. Portanto, esta pesquisa foi planejada e realizada em consonância com os procedimentos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). As diretrizes da resolução versam sobre a autonomia, a privacidade e a liberdade dos participantes em relação à pesquisa, e sobre outras normas que visam à não maleficência de qualquer tipo, e minimizar os riscos e vulnerabilidades dos participantes da pesquisa. Após sua qualificação[,] este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEPESH/UFSC e aprovado, na data de 10 de fevereiro de 2021, sob o Parecer nº 4.534. 353.

Foi utilizado um só Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes que responderam ao questionário e para os participantes que concederam a entrevista. Eles aceitaram eletronicamente participar da pesquisa, o que correspondeu à assinatura do TCLE, ficando, assim, dispensados da assinatura, conservando-se, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa. Junto ao TCLE seguiu também um Termo de Autorização para Gravação de Áudio e Vídeo. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa tiveram que dar seu aceite eletrônico também neste termo, ficando dispensados da assinatura.

A confidencialidade dos dados foi assegurada com o compromisso de sigilo do pesquisador. O mesmo assumiu o compromisso de arquivar os dados coletados confidencialmente pelo período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e posteriormente incinerá-los. No caso de publicação, foi garantido que o anonimato dos participantes será preservado.

Os sujeitos foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos, e sobre a liberdade da escolha de participação, assim como da liberdade para abandonar o processo a qualquer momento, sem nenhum ônus para eles.

Os participantes foram informados sobre possíveis riscos e desconfortos previstos nesta pesquisa. Foram informados também sobre a garantia de receberem qualquer assistência que se fizesse necessária, em decorrência da sua participação na pesquisa. Foram informados sobre a garantia de indenização, caso sofressem algum dano ou prejuízo material ou imaterial decorrente da pesquisa. E também sobre a garantia de ressarcimento, caso tivessem algum prejuízo financeiro.

Os resultados obtidos serão repassados aos participantes em forma de resumo por escrito. O participante também poderá receber os resultados na íntegra, caso solicite a devolução por *e-mail*. Eles poderão assistir a defesa da dissertação, caso haja interesse. Os resultados poderão ser divulgados em forma de publicação em periódicos científicos, congressos, ou em eventos na própria instituição, como também serão apresentados em formato de relatório ao Comitê de Ética em Pesquisa. Conforme preconizado nos deveres do pesquisador – relatórios parciais semestrais e relatório final ao término da pesquisa. Os entrevistados manifestaram o interesse em receber os resultados da pesquisa. O pesquisador se comprometeu a enviá-los após finalizar a pesquisa.

O pesquisador declara ausência de qualquer conflito de interesse nesta pesquisa.

## RISCOS E BENEFÍCIOS

O TCLE informou aos participantes desta pesquisa sobre os possíveis riscos a que poderiam ser expostos:

- Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário;
- Desconforto ou constrangimento durante as gravações de áudio e vídeo das entrevistas;
- Constrangimento ou descontentamento com as análises que serão realizadas sobre as características profissionais e o trabalho do Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas;
- Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que de forma involuntária e não intencional. Por exemplo: perda ou roubo de documentos, computadores ou *pen drive*, e acesso de terceiros aos dados por meio de invasão digital.

Embora esta pesquisa não tenha oferecido benefícios diretos e imediatos aos participantes, eles foram informados de que, ao participarem, estariam contribuindo para a ampliação de conhecimentos na área da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial. Informamos que a sua participação estaria contribuindo para a construção de conhecimentos científicos sobre estratégias de cuidado clínico para as pessoas uso problemático de álcool e outras drogas, alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que podem servir de fundamento para formulação de políticas públicas na área, e para o aprimoramento da práxis do AT.

**REFERÊNCIAS:**

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AMARANTE, P. **Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental**. ABRASCO, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acessos em 01 de Abr. 2020.

ASSIS, J. T. et al. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, Dec. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 30 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

BRASIL. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acessos em: 05 Fev 2020.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acessos em: 01 de Abr. 2020.

BRASIL. **Ministério da Cidadania vai ampliar vagas em comunidades terapêuticas**. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/dezembro/ministerio-da-cidadania-quer-ampliar-pela-segunda-vez-no-ano-as-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. 2019b. Acessos em 01 Abr. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acessos em 02 Jun. 2020.

BRASÍLIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acessos em: 15 Nov 2019.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CUNHA, A. C. et al. **Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 37, n. 3, p. 638-651, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 30 Jul 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>.

DELGADO, P. G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-)

77462019000200200&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2020. Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

FIORATI, R C. **Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas.** *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 25, n. spe2, p. 82-89, 2013 . Available from <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600011>. Acessos em: 29 Jul 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: GRAAL, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008.

HOLANDA, A et al. **Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber.** Curitiba: Juruá Editora, 2020.

NOGUEIRA, A. M. B. **O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte.** *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte , v. 15, n. 2, p. 204-222, ago. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 abr. 2020.

PULICE, G. O. et al. **Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional.** *Estilos clin.*, São Paulo , v. 10, n. 19, p. 12-31, dez. 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 nov. 2019.

REIS NETO, R. O. et al. **Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011 . Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>. Acessos em: 19 Jul. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUIZ-OLIBUÉNAGA, J. I. R. **Metodología de la investigacion cualitativa.** Bilbao, Espanha: Universidad de Deusto, 1999.

SCHNEIDER, D. R. **Caminhos históricos e epistemológicos da psicologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009, p. 57-72. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68474>>. Acessos em 14 Mar. 2020.

SCHNEIDER, D. R., & DE LIMA, D. S. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** *Revista Psico*, v.42, n.2, PUC-RS, 2011 Disponível: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>. Acessos em: 07 Fev 2020.

SILVEIRA, R. W. M. **Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis.** *Rev. NUFEN*, Belém , v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 Nov. 2019.

SILVEIRA, T. E.; CÓRDOVA, F. P. **Métodos de pesquisa**. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (orgs). Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>. Acessos em 07 Nov 2019.



## **ARTIGO I**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PROFISSIONAIS QUE  
UTILIZAM O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO  
ESTRATÉGIA CLÍNICA TERRITORIAL DE CUIDADO ÀS PESSOAS  
COM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

## INTRODUÇÃO

As produções teóricas acerca do Acompanhamento Terapêutico relacionam sua função e seu surgimento a um movimento mais amplo de crítica às intervenções pautadas pela lógica psiquiátrica clássica, mais especificamente, àquelas que estavam em vigor até os anos 1950, principalmente, na Europa e EUA. O surgimento do hospital-dia, dos psicofármacos, da comunidade terapêutica, assim como os questionamentos realizados pela Reforma Psiquiátrica possibilitaram a invenção de uma prática que, com o passar do tempo, passou a ser denominada Acompanhamento Terapêutico. Assim, podemos dizer que o nascimento desta prática está diretamente vinculado à necessidade de construir novos métodos de atenção e cuidado à saúde, a partir da segunda metade do século XX (SILVA & SILVA, 2006).

O hospital-dia e as Comunidades Terapêuticas podem ser considerados as primeiras e talvez as mais importantes iniciativas de inovação na forma de tratar as pessoas com transtornos mentais. Elas trouxeram novas perspectivas de cuidado no campo da Saúde Mental, diferentes do modelo manicomial. Já os psicofármacos foram capazes de estabilizar a psicose, criando condições para que os “loucos” pudessem circular fora do espaço do hospital. É nesse contexto, onde estava ocorrendo mudanças significativas no modo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico grave, diferentes das práticas usadas nos clássicos manicômios, que foram sendo tecidas as condições para que a prática do Acompanhamento Terapêutico pudesse desenvolver-se como uma das possibilidades de cuidado substitutivas ao modelo manicomial. Portanto, o AT é uma prática clínica extramuros, que se exerce fora do espaço do hospital, onde acompanhante e acompanhado, como uma dupla, caminham juntos na construção de novas formas para a reinserção social.

Desde o início da década de 60 a prática e a teorização do AT vêm crescendo gradualmente e ocupando novos espaços (SILVA & SILVA, 2006). O AT foi deixando de ser leigo e passando a ser praticado por estudantes de psicologia e também da psiquiatria, além de outros profissionais de nível técnico. Um pouco mais tarde os estudantes passaram a ser substituídos por profissionais, em sua maioria psicólogos clínicos, que hoje procuram dar a esta prática um estatuto teórico mais consistente (REIS NETO et al., 2011). Duas mudanças importantes foram se estruturando simultaneamente, com o passar do tempo, no AT: a forma de usar esta prática e o perfil daqueles que a realizam.

Diferentes nomes foram utilizados para intitular o praticante do AT: atendente psiquiátrico, atendente grude, homem da rua, amigo qualificado, auxiliar psiquiátrico e, por último, acompanhante terapêutico. Esta mudança foi acompanhada pela evolução do perfil das pessoas que realizavam o AT. O nome Acompanhamento Terapêutico foi o escolhido por quem

faz este trabalho, para dar ênfase no caráter clínico desta prática e para estabelecer sua autonomia em relação à psiquiatria (IBRAHIM, 1991; MAUER & RESNISKY, 1985). A crítica que se fez sobre as outras nomenclaturas utilizadas para o AT se fundamentam na alegação de que elas poderiam encobrir a dialética que se estabelece na relação entre a dupla acompanhado e acompanhante e sua função clínico-terapêutica (MARINHO, 2009). A denominação acompanhante terapêutico possibilitou uma delimitação mais precisa dos papéis, e favoreceu a expansão desta prática de cuidado para outras formas de sofrimento psíquico, para além das psicoses.

O AT comumente se depara frente a situações de crise e ruptura, onde o mundo social e psíquico do acompanhado, geralmente, está consideravelmente destruído. É crucial, para quem trabalha com esta clínica, buscar uma formação específica em Acompanhamento Terapêutico, para compreender e se apropriar dos aspectos éticos, políticos e clínicos que envolvem sua atuação e, também, uma formação em alguma abordagem clínica, a partir de onde possa localizar o fazer clínico da sua prática (SCHARFF, 2018).

Diante da multiplicidade e complexidade das demandas que foram emergindo, se tornou cada vez mais crucial para os acompanhantes terem uma formação específica em Acompanhamento Terapêutico, para compreenderem e se apropriarem dos desafios impostos a esta nova prática em saúde mental. De acordo com Aguirre (2020), a formação teórica e clínica vai permitir aos ats fazerem uma leitura clínica de campo e se orientarem nos momentos em que o acompanhado necessita de uma postura distinta, que vai além de ouvir e escutar, e que demanda uma ação intencional para sintetizar e integrar as experiências vividas e dialogar com seu acompanhado.

A proposta do AT não se contrapõe, *a priori*, quanto à necessidade de internação em alguns casos, mas busca questionar este dispositivo, compreendendo-o como um último recurso, quando outras estratégias mais inclusivas não estão mais funcionando e a internação se mostrar a terapêutica mais indicada naquele dado momento de crise.

Mas, quando a temática é álcool e outras drogas, a nomenclatura biomédica “dependência química” tem operado como uma etiqueta, como um rótulo que esconde veladamente, por detrás do diagnóstico técnico especializado, um significado mais profundo, o da discriminação. A reabilitação do usuário de drogas parece ser uma demanda do próprio “outro capitalista”, afinal, deixaram de desejar, o que significa dizer que deixaram de consumir, novas mercadorias, ao ficarem afunilados na relação problemática com a droga e, assim, deixam de movimentar o mercado capitalista (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2012). As internações, nesta configuração, seriam estratégias de higienização social para retirar

de circulação os sujeitos a serem corrigidos, aqueles que se tornaram supérfluos e descartáveis diante de um sistema neoliberal e regido pelo capital (BAUMANN, 2004). Eis aí uma forte expectativa da nossa sociedade de consumo em relação aos usuários de álcool e outras drogas: reabilitar o desejo por novas mercadorias, pelos objetos de desejo que o capitalismo produz. Há de se considerar que as drogas também são um objeto de desejo ilícito que o capitalismo produz. Desde que o sujeito use e não deixe de “cumprir” sua função na engrenagem produtivista, ele não será visto como descartável e supérfluo para o sistema. Não é o sofrimento que mais importa, e sim o custo benefício.

O cenário político atualmente vigente em nosso país não é promissor na grande área da saúde. Os serviços de Saúde Mental de qualquer município acabam seguindo prioritariamente o que consta na RAPS, já que o Ministério da Saúde incentiva e investe exclusivamente na implementação dos serviços que estão lá descritos. Isto nos leva a prever um prognóstico muito desfavorável para o futuro no campo da saúde mental em nosso país, especialmente, se as políticas propostas pelo atual governo continuarem a lograr êxito em subverter a lógica antimanicomial defendida pela Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a dismantelar os serviços substitutivos que vinham ganhando cada vez mais força desde então. Na avaliação de Sereno (2018), em relação a Saúde Mental em nosso país, os tempos estão difíceis, e podemos afirmar, com certeza, que dias piores virão.

A partir da década de 80, o paradigma das internações deixou de ser unânime entre os médicos e profissionais que pesquisam e atuam na área das drogas. Existem muitas controvérsias sobre os riscos e danos envolvidos no uso de drogas (FIORE, 2006). A própria psiquiatria é marcada por grandes dissensos em torno da etiologia dos transtornos mentais e seu tratamento. Mesmo o manual diagnóstico estatístico dos transtornos mentais, o DSM, considerado como referência internacional para identificar e classificar as patologias psiquiátricas, nunca foi acolhido pacificamente pela comunidade internacional. Sua última edição, em 2014, o DSM V, foi recebida com muitas críticas (SANTOS, 2018). Ainda assim, o que estamos presenciando atualmente em nosso país, especialmente a partir de 2016, é o retorno a um modelo político conservador, sendo a retomada das internações a principal proposta de tratamento na Saúde Mental, e com importante ênfase para a questão das drogas.

No tratamento para as pessoas com problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, as atuais políticas de Saúde Mental restituem a hegemonia das internações como forma de tratamento que objetiva a abstinência. Estas políticas consolidam as Comunidades Terapêuticas – instituições privadas e geralmente de cunho religioso – na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como principal ponto de atenção e cuidado ao público AD.

Também formalizam o incentivo e o investimento financeiro com verbas públicas para este modelo de tratamento. Isto se deu, mesmo diante dos relatórios das inspeções realizadas nas CTs, e que denunciaram o caráter asilar e de privação da liberdade como regra básica do seu funcionamento, com práticas de contenção e tutela que violam gravemente os direitos humanos dos internados (BRASÍLIA, 2018).

Ao investir no modelo da internação, é preciso retirar o investimento dos outros modelos e serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, e que priorizam o cuidado em liberdade, territorial, sem a necessidade de isolar para tratar. Cabe questionar o papel que as Comunidades Terapêuticas passam a ocupar na “Indústria da Loucura” e como elas concretizam o retorno do modelo psiquiatrizante e de remanicomialização nos processos de cuidado em Saúde Mental.

As rígidas práticas disciplinares e religiosas adotadas nas Comunidades Terapêuticas acabam justificando erroneamente a crença de que o usuário não tem nenhuma chance de controle sobre sua vontade de usar drogas, e, por isto, precisaria ser isolado e internado para se tratar, pois, supostamente, seria incapaz de reabilitar sua autonomia em liberdade. Estes métodos disciplinares têm por objetivo reeducar os comportamentos e alcançar a obediência do internado, como se, somente assim, ele voltasse a estar preparado para conviver em sociedade. É um método de reconstituição moral da pessoa como forma de tratamento e cura. Para alcançar tal objetivo, estes métodos objetivam uma desconstrução do próprio “eu”, e a normalização do comportamento para a adaptação social (GOFFMAN, 2003). O sistema disciplinar como técnica de tratamento para os transtornos mentais é uma prática que isola “um espaço, no qual seu poder e os mecanismos do seu poder funcionarão plenamente e sem limites [...] ela concentra, centra, encerra [...] se preocupa com os detalhes [...] regulamenta tudo, não deixa escapar nada [...] a menor infração deve ser corrigida” (FOUCAULT, 2008, p. 58-59). Esta prática disciplinar, como tática de intervenção no campo da Saúde Mental, é a continuação do modelo médico vigente desde o século XVIII, que criou no hospital um ambiente para os loucos se tornarem civilizados.

O isolamento social como medida necessária de contenção para a pandemia da COVID-19, adotada pela maioria dos países de todo o mundo, potencializou o sofrimento psíquico da população. Isto deveria nos causar, no mínimo, uma estranheza, quiçá uma indignação com as “novas políticas” de saúde mental, que incentivam massivamente uma forma de cuidado baseada na internação e no isolamento ao convívio social. Ora, se o isolamento social amplifica o sofrimento, como podemos acreditar que isolar para tratar seja uma prática efetiva de cuidado para usuários de álcool e outras drogas?

Atualmente, os profissionais envolvidos na área, mesmo os médicos, consideram ser possíveis modos de uso não nocivos das drogas. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza, em suas classificações, as categorias: uso experimental, uso ocasional e uso recreativo (FIORE, 2006). O psiquiatra francês Olivenstain foi autor de diversas obras sobre o tema, e fundador do Centre Médical Marmottan, em 1970, em Paris, centro que veio a se tornar referência mundial no tratamento das “toxicomanias”. Para este psiquiatra, o desenvolvimento de uma relação psicopatológica com as drogas seria determinado pelo desequilíbrio das interações dinâmicas entre o sujeito, a substância, seu ambiente social, cultural, econômico e político (SANTOS, 2018). A subjetividade e todo o contexto social de uso, o tipo de droga e o modo de ingestão, entre outros, são fundamentais para a compreensão do fenômeno drogas e sua complexidade.

É importante promover um amplo debate sobre as diversas perspectivas de cuidado, para desenvolver e consolidar políticas públicas e terapêuticas de atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico, no sentido de resistir aos apelos mercadológicos, demagógicos e autoritários no campo da atenção à Saúde Mental (SANTOS, 2018). Não se trata de extinguir os serviços existentes, mas de um alinhamento de todos a uma lógica de cuidado territorial e comunitária, preconizada pela Reforma Psiquiátrica, e, por consequência, um distanciamento das práticas ecoando a lógica manicomial.

Nesse sentido, as práticas de cunho territorializado se colocam na resistência ao modelo que busca se tornar outra vez hegemônico. O AT, nesta direção, coloca-se como uma clínica rica em possibilidades de cuidado. A autonomia e conexão em rede, o cuidado em liberdade, a reinserção social, o trabalho e a conquista do território são objetivos constantemente buscados nessa prática. Desta forma, o AT se insere no campo dos serviços alternativos à internação e institucionalização psiquiátrica, como proposta de um novo modelo de atuação em saúde mental (GODINHO & PEIXOTO JUNIOR, 2019). De acordo com Souza e Pontes (2017), ao acontecer no espaço extrainstitucional, possibilita a construção de redes capazes de superar a lógica que encarcera.

A literatura científica ressalta a necessidade de uma sistematização teórica que estabeleça com mais clareza a prática do Acompanhamento Terapêutico (NOGUEIRA, 2009). Diferentemente da prática do AT no campo das psicoses, onde já temos um maior avanço teórico e prático, a bibliografia sobre o AT como estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas é praticamente inexistente, estabelecendo uma área importante de pesquisa (CUNHA et al., 2017). Holanda et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática de toda a

produção científica sobre o AT no Brasil. Nenhum estudo científico sobre o AT na área do álcool e drogas foi encontrado nessa revisão. Há uma lacuna importante a ser pesquisada.

O interesse deste artigo é investigar o perfil dos profissionais que utilizam o Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que fazem algum tipo de uso problemático de álcool e outras drogas no Brasil. Sistematizar conhecimento científico é fundamental, para que este modo de cuidado ofertado pelo AT se desenvolva baseado em evidências, e se torne cada vez mais qualificado e disponível para a população. Trabalhar com Acompanhamento Terapêutico é ser resistência a modos de cuidado que encarceram para tratar, é fortalecer a atenção psicossocial e oferecer um cuidado de base territorial e comunitária, para garantir o direito de receber tratamento em liberdade. Desta forma, surge a inquietação: Quem são os profissionais que estão à frente da clínica do Acompanhamento Terapêutico com usuários de álcool e/ou outras drogas no Brasil?

## **MÉTODO**

### **DELINEAMENTO**

Estudo exploratório e descritivo, visando levantar e caracterizar os profissionais que atuam com acompanhamento terapêutico junto a usuários com problemas com o uso de álcool e outras drogas. Desenho de pesquisa quantitativo, na medida em que pretende realizar uma interpretação numérica dos dados do perfil dos profissionais respondentes, a fim de caracterizá-lo em seus múltiplos aspectos constitutivos, tais como a formação profissional, especialização, abordagem teórica, relação com as políticas públicas, entre outros aspectos.

### **PARTICIPANTES**

A amostra desta pesquisa foi composta por 63 profissionais que realizavam ou já haviam realizado Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e/ou outras drogas no Brasil, no mínimo por um ano. A escolha da amostra foi intencional e utilizou o método *Snowball* para mapear os participantes. O fechamento da amostra foi definido quando não houve mais respostas por 15 dias consecutivos. O questionário ficou disponível para respostas *on line* por dois meses.

Não foram encontradas fontes em estudos científicos, sindicatos, conselhos profissionais, ou outros, de onde pudéssemos recolher a informação sobre o número de profissionais que trabalham com o Acompanhamento Terapêutico (AT) no país. Isto se deve, em grande parte, ao fato de o AT não ser uma profissão regulamentada, ou ter algum órgão que

regule sua atuação. De todo modo, mesmo que conseguíssemos mensurar esta população, ainda teríamos que extrair deste total a população de profissionais que utilizam esta estratégia clínica especificamente com os usuários de álcool e drogas, para, somente então, saber qual amostra seria necessária para ser representativa de toda a população, neste caso, saber se os 63 participantes seriam uma amostra representativa da população total de ats que trabalham com o público AD. Considerando não se tratar de uma amostragem probabilística, não é possível aqui fazer inferências populacionais. Os resultados permitem apenas identificar as relações entre determinados atributos dos respondentes e suas atitudes e comportamentos.

## INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

**Etapa 1:** Mapeamento dos profissionais que realizam Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e/ou outras drogas através do método *snowball*.

O método *snowball* foi utilizado para mapear os profissionais que fazem Acompanhamento Terapêutico (AT) com as pessoas com uso problemático de álcool e drogas no Brasil. O método *snowball* permite ao pesquisador reconstituir o “mundo social” de um determinado grupo de interesse seguindo a pista de quem o protagoniza, ou seja, ele segue a pista das pessoas que nomeiam outras pessoas a quem reconhecem como sendo do “seu mundo” (FERNANDES & CARVALHO, 2000). De acordo com os autores, esta é uma proposta fenomenológica que traz à luz a experiência vivida dos participantes, e o *snowball* seria a ferramenta para ajudar na reconstituição de um dado “mundo social” do qual eles participam.

O *snowball* é um método em cadeia que vai muito mais além do que saltitar de sujeito em sujeito, como se bastasse conhecer alguém num dado mundo social e, a partir dele, se desencadeasse uma autoprogredão espontânea (FERNANDES & CARVALHO, 2000). Para garantir a efetividade deste método, o pesquisador precisa desenvolver e controlar de forma ativa e intencional todo o processo de amostragem. Seguindo as orientações de Carvalho & Fernandes (2000), foram utilizados alguns passos para identificar e realizar o mapeamento dos profissionais:

a) *Selecionar informantes-chave:* O informante-chave foi, ao mesmo tempo, um participante da pesquisa e alguém que pôde indicar outros profissionais. Assim, foi possível formar cadeias de referência que constituíram o mapeamento deste estudo. Os informantes-chave foram selecionados a partir das redes pessoais/profissionais do pesquisador. Também foram localizados profissionais de centros formadores reconhecidos no campo do Acompanhamento Terapêutico, como o Instituto A Casa, de São Paulo/SP, a Universidade



Federal de Uberlândia (UFU) em Minas Gerais, o Instituto Lugar de Encontro, em Brasília/DF, o Instituto Granzotto de Psicologia em Florianópolis/SC, o Projeto Quixote em São Paulo/SP, Nós-acompanhamento terapêutico, em São Paulo/SP, Humanidade Acompanhamento Terapêutico, em São Paulo/SP, como multiplicadores do questionário para outros profissionais que fossem de suas redes sociais.

b) *Critério geográfico*: Identificaram-se informantes-chave em diversas regiões do país, e formaram-se cadeias de referência a partir delas.

c) *Elegibilidade dos participantes*: Foram incluídos no mapeamento os profissionais que assinalaram experiência na prática do AT com usuários de álcool ou outras drogas de pelo menos um ano, sendo excluídos aqueles que, apesar de terem prática em AT, não atuavam com este tipo de usuário.

O questionário ficou aberto e utilizou-se a metodologia *snowball* para captar novos participantes durante um período de dois meses (60 dias): 23/03/2021 a 23/05/2021.

## **Etapa 2: Questionário de Caracterização**

O Questionário de Caracterização (APÊNDICE C) foi o instrumento utilizado para coletar dados sobre as características dos profissionais que fazem Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool ou outras drogas no Brasil. Ele foi construído a partir de uma revisão de literatura realizada pelo autor, na qual buscou-se verificar quais os principais aspectos que sustentam a atuação qualificada dos profissionais de AT, segundo os especialistas no tema.

O questionário foi realizado no formato *on line* através do *Google Forms*. O *Google Forms* é um aplicativo utilizado para a coleta de informações e gerenciamento de pesquisas pela Internet. Foi enviado por *e-mail* um *link* de acesso ao questionário para todos os profissionais mapeados através do método *snowball*. O corpo do *e-mail* descreveu brevemente a pesquisa e fez o convite para a participação no estudo. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o participante teve que aceitar eletronicamente participar da pesquisa, o que correspondeu à assinatura do Termo de Consentimento. O Termo de Consentimento também foi enviado em anexo no mesmo *e-mail*, para que o participante pudesse ter consigo uma cópia. Após o aceite eletrônico, o participante respondeu o questionário.

*Link* de acesso ao questionário:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeZ5rbVyd3mnD6TKiYaeCQrOvJiWgIFKxkQrCNxVoyUNUHm9Q/viewform>

*Link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado no repositório da UFSC: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/220689>.*

## ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foram rodadas diversas análises descritivas com frequências das respostas. “A distribuição de frequências compreende a organização dos dados de acordo com as ocorrências dos diferentes resultados observados. Ela pode ser apresentada sob forma tabular ou gráfica” (BARBETTA, 2017, p. 66). No caso desta pesquisa, foram utilizadas ambas as formas de apresentação.

Além disso, para analisar as relações existentes entre as variáveis, foi utilizado o teste de associação qui-quadrado.

O teste qui-quadrado é o teste estatístico mais antigo e um dos mais usados em pesquisa social. É um método que permite testar a significância da associação entre duas variáveis qualitativas, como também comparar (no sentido de teste de significância) duas ou mais amostras, quando os resultados da variável resposta estão dispostos em categorias. (BARBETTA, 2017, p. 228).

“Dadas duas variáveis qualitativas, as hipóteses do teste qui-quadrado podem ser formuladas como: H0: As duas variáveis são independentes. H1: Existe associação entre as duas variáveis.” (BARBETTA, 2017, p. 230). H0 é também chamada de hipótese nula. Caso possamos descartar a hipótese nula, consideramos então a hipótese H1, que nos diz que há associação entre as variáveis. O nível de significância usual utilizado é de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Caso o valor de p seja maior do que  $\alpha$ , consideramos então a hipótese nula. Caso o valor de p seja menor ou igual a  $\alpha$ , consideramos a hipótese H1.

Com o objetivo de encontrar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observáveis (Brown, 2006), adotou-se aqui também a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Apesar do número reduzido de respondentes, estes testes podem ser úteis, assim como os testes de hipótese, para revelar possíveis interações entre as variáveis e ajudar na construção de hipóteses e questões para pesquisas futuras no campo. Além disso, com cargas fatoriais elevadas, em uma AFE o número de respondentes tende a ser menos importante na obtenção de uma boa estrutura fatorial (MACCALLUM et al., 1999).

O valor das cargas fatoriais consideradas elevadas é de  $> 0,6$  (DAMÁSIO, 2012), porém, o valor de corte comumente utilizado é de 0,4. Na pesquisa em ciências sociais aplicadas, a

rotação ortogonal é a mais utilizada, principalmente, porque facilita a interpretação (Brown, 2006, p.31). Por este motivo, utilizamos aqui a rotação *varimax*. Para testar o ajuste das AFEs foi utilizado o Teste de Esfericidade de Bartlett (1937) e KMO (KAISER & RICE, 1977). Segundo os autores originais, um valor adequado para o teste KMO é um valor  $> 0,8$ . Porém, alguns outros autores afirmam que um valor superior a 0,5 já é aceitável (HAIR, ANDERSON & TATHAM, 1987). As análises de frequências e testes qui-quadrados foram realizadas no *software* SPSS Versão 26.

## RESULTADOS

### PERFIL DOS RESPONDENTES

Em relação ao perfil das pessoas que realizam Acompanhamento Terapêutico com usuários de álcool e outras drogas, serão destacados aspectos relacionados à idade, profissão, formação, tempo de formado, abordagem clínica utilizada e local de atuação.

Em relação à idade dos respondentes prevaleceram pessoas entre 30 e 50 anos (68,3%), sendo a maioria do sexo feminino (55,6%), moradoras do Sudeste (49,2%) e Sul (30,2%), como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição da idade, sexo e região do Brasil dos profissionais respondentes da pesquisa que atuavam com AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

Item	Freq	%	% válida	% cumulativa
<b>Idade</b>				
Entre 18 e 24 anos	3	4,8	4,8	4,8
Entre 25 e 30 anos	8	12,7	12,7	17,5
Entre 30 e 35 anos	11	17,5	17,5	34,9
Entre 35 e 40 anos	14	22,2	22,2	57,1
Entre 40 e 50 anos	18	28,6	28,6	85,7
Mais de 50 anos	9	14,3	14,3	100
Total	63	100	100	
<b>Sexo</b>				
Masculino	28	44,4	44,4	44,4
Feminino	35	55,6	55,6	100
Total	63	100	100	
<b>Região do Brasil onde atua</b>				
Sul	19	30,2	30,2	30,2
Sudeste	31	49,2	49,2	79,4
Centro-Oeste	4	6,3	6,3	85,7
Nordeste	4	6,3	6,3	92,1
Norte	5	7,9	7,9	100
Total	63	100	100	

No que diz respeito ao percurso formativo dos respondentes, a grande maioria era graduada (96,8%), tendo realizado pós-graduação (76,2%), e formados havia mais de cinco anos (69,8%). Houve uma prevalência de profissionais de psicologia (76,2%) atuando nesta área do AT, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Curso de graduação, tempo de formado e formação profissional das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

Item	Freq	%	% válida	% cumulativa
<b>Curso mais elevado que participantes completaram</b>				
Ensino Médio	2	3,2	3,2	3,2
Ensino Superior	13	20,6	20,6	23,8
Especialização	32	50,8	50,8	74,6
Mestrado	7	11,1	11,1	85,7
Doutorado	6	9,5	9,5	95,2
Pós-Doutorado	3	4,8	4,8	100
Total	63	100	100	
<b>Tempo de formados</b>				
Há menos de 1 ano	5	7,9	8,3	8,3
2 anos ou menos	6	9,5	10	18,3
3 anos ou menos	3	4,8	5	23,3
4 anos ou menos	1	1,6	1,7	25
5 anos ou menos	1	1,6	1,7	26,7
Mais do que 5 anos	14	22,2	23,3	50
Mais do que 10 anos	30	47,6	50	100
Total	60	95,2	100	
Missing	3	4,8		
Total	63	100		
<b>Formação profissional</b>				
Psicólogo (a)	48	76,2	76,2	76,2
Enfermeiro (a)	2	3,2	3,2	79,4
Assistente Social	3	4,8	4,8	84,1
Terapeuta Ocupac.	2	3,2	3,2	87,3
Estudante	2	3,2	3,2	90,5
Outra	6	9,5	9,5	100
Total	63	100	100	

No que se refere à formação específica no campo do Acompanhamento Terapêutico, os respondentes, em sua grande maioria, realizaram estudos especializados na área: 69,8% tinham formação em Acompanhamento Terapêutico (AT). Destes 46% a realizaram na modalidade “Curso”; 28,6%[,] na modalidade de “Grupos de Estudos”; 42,9%, em “Supervisão”; e 9,5% utilizaram “outros” meios formativos. Como podemos observar na Tabela 3.

A maior parte havia feito esta formação pelo menos 4 anos atrás (57,4%). A duração dessas formações teve em média “até 120 horas”, sendo a moda os cursos com “até 360 horas ou mais” (34,8%).

Tabela 3 – Formação específica no campo do Acompanhamento Terapêutico das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com o AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

	Freq	%	% válida	% cumulativa
<b>Modalidade: Curso</b>				
Não	34	54	54	54
Sim	29	46	46	100
Total	63	100	100	
<b>Modalidade: Grupos de estudos</b>				
Não	45	71,4	71,4	71,4
Sim	18	28,6	28,6	100
Total	63	100	100	
<b>Modalidade: Supervisão</b>				
Não	36	57,1	57,1	57,1
Sim	27	42,9	42,9	100
Total	63	100	100	
<b>Modalidade: Outros</b>				
Não	57	90,5	90,5	90,5
Sim	6	9,5	9,5	100
Total	63	100	100	

Na análise fatorial exploratória, visando expressar possíveis interações entre as respostas dos participantes, as modalidades de formação parecem se alinhar a dois fatores. Um **primeiro** fator aglutinador das modalidades “Grupos de Estudos” e “Supervisão”; e um **segundo** fator aglutinador, de forma inversamente proporcional, “Curso” e “Outros”. A modalidade “Supervisão” é percentualmente mais frequente nos respondentes do Centro-Oeste e Nordeste ( $p = 0,019$ ). Conforme podemos observar na tabela 4

Tabela 4 – Análise Fatorial Modalidades de Formação em Acompanhamento Terapêutico das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

	Fator I	Fator II
Curso	0,209	0,804
Grupos de Estudos	0,870	- 0,046
Supervisão	0,882	0,005
Outros	0,275	- 0,736

Rotação *varimax*. KMO = 0,524. Teste de esfericidade de Bartlett (Sig. < 0,001)

No que se refere à área de Álcool e Drogas (AD), pouco mais da metade (54%) fez formação específica, como podemos observar na Tabela 5. Assim, como na formação em AT, temos uma média de “até 120 horas” de duração destas formações, com uma moda de “até 360 horas ou mais” (40,6%). A maior parte dos respondentes masculinos tinha formação em AD

(71,4%), enquanto, ao contrário, a maior parte das respondentes femininas não possuía (60%) ( $p = 0,013$ ).

Tabela 5 – Formação específica na área de álcool e drogas das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com o AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

	Freq.	%	% válida	% cumulativa
<b>Realizou formação na área de Álcool e Drogas?</b>				
Não	29	46	46	46
Sim	34	54	54	100
Total	63	100	100	

No que se refere às abordagens clínicas, a quase totalidade (90,5%) dos respondentes se referiu ao uso de alguma perspectiva teórica e metodológica. Como eles poderiam responder mais de uma perspectiva utilizada, não se pode fazer um simples somatório de frequências. Referiram utilizar Psicanálise Freudiana 20,6%; com a mesma proporção aparece a Terapia Cognitiva Comportamental (20,6%), e ainda: 17,5% – Psicanálise Lacaniana; 17,5% – Fenomenologia; 14,3% – Existencialismo; 15,9% – Psicanálise Winnicottiana; 15,9% – Esquizoanálise; 11,1% – Gestalt-Terapia; 4,8% – Psicodrama; 9,5% – Terapia Comportamental; 9,5% – Sistêmica; 3,2% – Análise Experimental do Comportamento; e 4,8% – outras abordagens.

Essas abordagens, em uma análise fatorial exploratória[,] parecem se alinhar a cinco fatores. Um **primeiro** aglutinador das abordagens “Psicanálise Freudiana”, “Psicanálise Winnicottiana” e “Esquizoanálise”; um **segundo** de “Psicodrama”, “Terapia Comportamental” e “Análise Experimental do Comportamento”; um **terceiro** de “Sistêmica” e “Outros”; um **quarto** de “Existencialismo” e “Fenomenologia”; e um **quinto** e último fator aglutinador das abordagens, de forma inversamente proporcional, “Gestalt-Terapia” e “Psicanálise Lacaniana” (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise Fatorial Abordagens Clínicas em Acompanhamento Terapêutico das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

Abordagens	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V
Psicanálise Freudiana	,748	,218	,219	,010	-,153
Psicanálise Lacaniana	,170	-,063	-,196	-,061	-,878
Psicanálise Winnicottiana	,762	-,227	-,084	-,005	,071
Esquizoanálise	,749	,203	,111	,276	,044
Gestalt-Terapia	,369	,208	-,335	,014	,538

Psicodrama	,335	,563	,013	-,130	,163
Existencialismo	-,040	,252	,040	,811	-,061
Fenomenologia	,195	-,198	,011	,810	,138
Terapia Comportamental	-,047	,758	,314	,111	,007
Terapia Cognitiva Comportamental	-,385	-,066	,348	,258	,219
Análise Experim. do Comportamento	,010	,878	-,170	,054	,049
Sistêmica	,168	,098	,831	-,117	,068
Outros	,005	,009	,735	,122	-,011

Rotação *varimax*. KMO = 0,571. Teste de esfericidade de Bartlett (Sig. < 0,001)

Todos os respondentes masculinos utilizavam algum tipo de abordagem. Por outro lado, 17,1% das mulheres não utilizavam uma abordagem clínica ( $p = 0,021$ ).

A Psicanálise Freudiana não era tão utilizada entre aqueles que possuíam níveis educacionais mais elevados, como Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado ( $p = 0,035$ ). A Psicanálise Lacaniana, por outro lado, era utilizada tanto pelos menos escolarizados (como os que tinham apenas Ensino Médio completo), quanto pelos mais altamente escolarizados (como os que tinham Pós-Doutorado) ( $p < 0,01$ ). A Psicanálise Winnicottiana só foi citada pelos respondentes do Sudeste e Nordeste ( $p = 0,026$ ). A abordagem Fenomenologia era mais comum entre os respondentes masculinos ( $p = 0,038$ ) e mais comumente utilizada por aqueles que possuíam Doutorado ( $p = 0,026$ ). A abordagem Terapia Cognitiva Comportamental só foi citada pelos respondentes do Norte e Sudeste; mais frequentemente pela Região Norte ( $p < 0,01$ ); e por respondentes masculinos ( $p = 0,044$ ).

Sobre a participação em espaços para discussão de casos clínicos (conforme tabela 7), 76,2% referiram realizar este tipo de espaço formativo. Os que possuíam escolaridade mais alta, como Mestrado ou Doutorado, costumavam participar menos deste tipo de espaço ( $p = 0,041$ ).

Tabela 7 – Participação em espaços para discussão de casos clínicos das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com o AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas

	Freq.	%	% válida	% cumulativa
<b>Participa de algum espaço para discutir os casos que atende? (Ex: supervisões, equipe de AT, grupos de estudos)</b>				
Não	15	23,8	23,8	23,8
Sim	48	76,2	76,2	100
Total	63	100	100	

Quanto ao campo de atuação com qualquer tipo de usuário, e do tempo de atuação especificamente com usuários de álcool e outras drogas, a maior parte da amostra realizava AT havia mais de 5 anos (57,1%). Dos que realizavam AT com público AD, a maioria o fazia havia mais de 4 anos (52,4%). Conforme podemos observar na Tabela 8.

Tabela 8 – Tempo de atuação em AT com qualquer usuário e tempo de atuação em AT especificamente no campo do uso de Álcool e Outras Drogas dos respondentes da pesquisa

	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% cumulativa</b>
<b>Há quanto tempo você realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) com qualquer tipo de usuário?</b>				
Menos de 1 ano	4	6,3	6,3	6,3
1 ano	3	4,8	4,8	11,1
2 anos	2	3,2	3,2	14,3
3 anos	7	11,1	11,1	25,4
4 anos	8	12,7	12,7	38,1
5 anos	3	4,8	4,8	42,9
Mais de 5 anos	17	27	27	69,8
Mais de 10 anos	19	30,2	30,2	100
Total	63	100	100	
<b>Há quanto tempo você realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) especificamente com usuários de álcool e outras drogas?</b>				
Menos de 1 ano	5	7,9	7,9	7,9
1 ano	6	9,5	9,5	17,5
2 anos	4	6,3	6,3	23,8
3 anos	7	11,1	11,1	34,9
4 anos	8	12,7	12,7	47,6
5 anos	4	6,3	6,3	54
Mais de 5 anos	18	28,6	28,6	82,5
Mais de 10 anos	11	17,5	17,5	100
Total	63	100	100	

Quanto ao local de atuação com AT, 52,4% o faziam em Consultório Particular; 19%, em CAPS I, II ou III; 15,9%, em CAPS AD, CAPS III AD ou CAPS IV AD; 7,9%, em Centros de Convivência; 25,4%, em Residências Terapêuticas; 9,5%, em ONGs; 6,3%, em Movimentos Sociais; 20,6%, em Clínicas Psiquiátricas; 7,9%, em Ambulatórios em Saúde Mental; 14,3%, em Hospitais Psiquiátricos; 15,9%, em Comunidades Terapêuticas; 33,3%, em Equipes de AT; e 11,1%, em Coletivos de Festa e Redução de Danos. Como eles poderiam responder mais de um local de atuação, não se pode fazer um simples somatório de frequências.



Esses locais de atuação parecem se alinhar a cinco fatores. Um **primeiro** aglutinador dos que trabalhavam em “Clínica Psiquiátrica”, “Hospital Psiquiátrico” e “Equipe de AT”; um **segundo** em “Centro de Convivência e Cultura” e “ONG”; um **terceiro** em “Movimento Social”, “Ambulatório em Saúde Mental” e “Coletivos de Festa e Redução de Danos”; um **quarto** em “Consultório Particular” e, de forma inversamente proporcional, “CAPS I, II, III”; e um **quinto** fator aglutinador dos que trabalhavam em “Residência Terapêutica”, “Comunidade Terapêutica” e, de forma inversamente proporcional, “CAPS ad, CAPS III ad, CAPS IV ad” (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise Fatorial Local de Atendimento em Acompanhamento Terapêutico

Local de Atuação	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V
Consultório Particular	,270	-,183	,033	,741	-,018
CAPS I, II, III	,062	-,045	,022	-,837	-,064
CAPS (ad, III ad, IV ad)	,127	,106	-,006	,143	-,800
Centro de Conviv. Cult	,263	,800	,098	-,134	-,192
Residência Terapêutica	,313	,137	-,390	,219	,450
ONG	-,141	,823	,100	,013	,272
Movimento Social	-,136	,240	,579	-,078	-,053
Clínica Psiquiátrica	,694	,042	-,200	,269	,105
Ambulatório Saúde Mental	,143	-,316	,758	,080	,094
Hospital Psiquiátrico	,766	-,134	,043	,115	,115
Comunidade Terapêutica	,230	,120	-,077	,173	,658
Equipe de AT	,656	,128	,031	-,106	-,048
Coletivos de Festa e RD	-,017	,337	,704	,045	-,175

Rotação *varimax*. KMO = 0,575. Teste de esfericidade de Bartlett (Sig. < 0,001)

A maioria dos respondentes masculinos atuava em consultório particular (71,4%) enquanto as mulheres, em sua maior parte, não o possuíam (62,9%) ( $p < 0,01$ ). Estes que atuavam geralmente tinham idade entre 30 e 50 anos ( $p = 0,028$ ). Não houve respondentes que atuassem em CAPS I, II e III das Regiões Centro-Oeste e Nordeste; e a região que possuía mais trabalhadores atuantes neste tipo de serviço é a Região Norte ( $p < 0,01$ ). Não houve respondentes que atuassem em Residências Terapêuticas das Regiões Centro-Oeste e Norte; e

a região que possuía mais trabalhadores atuantes neste tipo de serviço é a Região Sudeste ( $p = 0,045$ ). Mais frequentemente respondentes masculinos atuavam em Equipe de AT ( $p = 0,012$ ). Não houve respondentes que atuassem em Coletivos de Festa e Redução de Danos das Regiões Sudeste e Norte; e a região que possuía mais trabalhadores atuantes neste tipo de serviço é a Região Nordeste ( $p = 0,010$ ).

#### PERSPECTIVAS SOBRE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E O CAMPO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

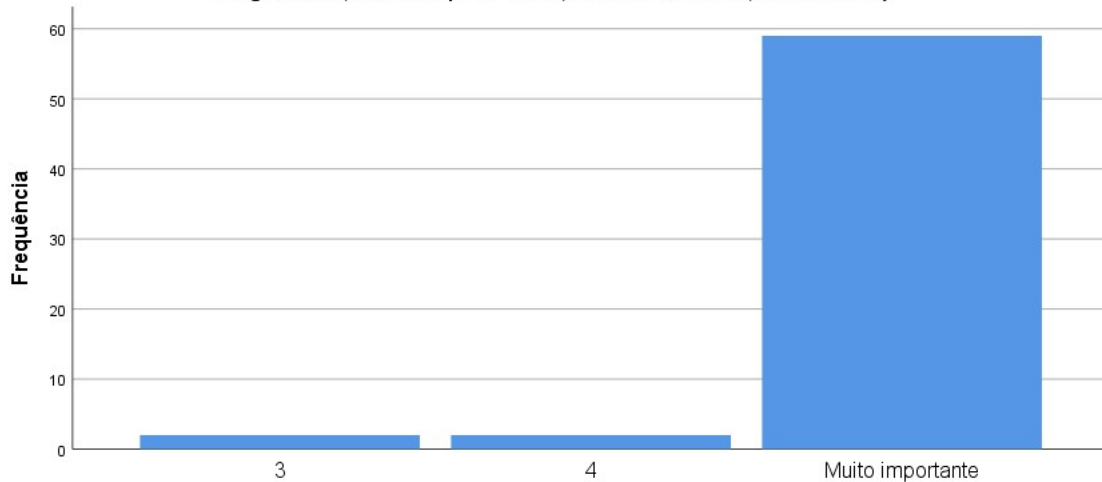
As questões relacionadas às perspectivas sobre AT e AD foram retiradas da discussão teórica no campo e serão descritas abaixo no que se refere ao posicionamento dos respondentes. Para verificar o posicionamento dos respondentes da pesquisa, foi utilizada uma escala de 5 cinco pontos, iniciando em 1 “nada importante” até 5 “muito importante”.

Quase a totalidade dos respondentes considerava muito importante o uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT (93,7%). Estes dados podem ser observados na Tabela 11 e na Figura 2.

Tabela 11 – Posicionamento das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com o AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas com relação ao uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT

		<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% cumulativa</b>
<b>Quão importante você considera o uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT?</b>					
Mais ou Menos	3	2	3,2	3,2	3,2
Importante	4	2	3,2	3,2	6,3
Muito importante	5	59	93,7	93,7	100
Total		63	100	100	

Quão importante você considera o uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT? (Ex: desmanicomialização, projeto terapêutico singular, território, resgate da cidadania, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, entre outros).



Quão importante você considera o uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT? (Ex: desmanicomialização, projeto terapêutico singular, território, resgate da cidadania, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, entre outros).

Figura 2 – Posicionamento das pessoas respondentes da pesquisa que atuavam com o AT no campo do uso de Álcool e Outras Drogas com relação ao uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT

Em menor escala, porém, na mesma direção, a maioria considerava muito importante a formação específica em AT para quem atua na área (65,1%); a formação na área dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas para quem atua neste campo (AT com usuários AD) (57,1%); e o profissional de AT ter uma abordagem clínica que oriente sua prática (71,4%). Portanto, parecem existir dois fatores aglutinadores. Um primeiro, mais consensual, sobre a importância do uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT; e um segundo sobre a necessidade de formações e de abordagens clínicas específicas para a prática do AT (Tabela 12).

Tabela 12. Análise Fatorial Importância em Acompanhamento Terapêutico

	Fator I	Fator II
Uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial na prática do AT	,002	,984
Formação específica em AT para quem atua na área	,877	-,169
Formação na área dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas para quem atua neste campo	,807	,251
Profissional de AT ter uma abordagem clínica que oriente sua prática	,717	-,020

Rotação *varimax*. KMO = 0,540. Teste de esfericidade de Bartlett (Sig. < 0,001)

Os respondentes com idade entre 25 e 35 anos com maior frequência não consideravam muito importante a necessidade de profissionais de AT terem uma abordagem clínica que oriente sua prática ( $p = 0,029$ ).

## DISCUSSÃO

O perfil do profissional que atua com Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas tem predomínio de pessoas entre 35 e 50 anos (50,8%), do sexo feminino (55,6%), moradoras das Regiões Sudeste (49,2%) e Sul (44,4%). São profissionais com bastante tempo de formados, com mais de cinco anos em sua maioria (69,8%) e que atuavam havia mais de cinco anos com AT (57,2%) e neste mesmo tempo com a especificidade de trabalhar usuários de drogas (49,1%). Isto mostra a boa experiência e qualificação destes profissionais.

Vale destacar que estes profissionais respondentes do questionário, apresentaram um alto grau de escolaridade. Apenas 3,2% não tinham nível superior; 96,8% possuíam graduação e, destes, 50,6% possuíam pelo menos uma pós-graduação e 25,4% realizaram pelo menos alguma formação *stricto sensu*: mestrado, doutorado e pós-doutorado. Quando surge a figura do acompanhante terapêutico, aproximadamente na década de 60, ele era conhecido pelo nome de auxiliar psiquiátrico, e as pessoas que realizavam esta função, em sua grande maioria, eram leigas ou sem nenhuma formação. Mas, de acordo com Reis Neto et al. (2011), aos poucos o AT começou a ser exercido também por estudantes de graduação, especialmente, da psicologia e da medicina. Esta tendência parece ter continuado, levando em conta que a formação dos profissionais participantes desta pesquisa aponta para uma grande mudança no perfil formativo dos acompanhantes terapêuticos, pois quase a totalidade dos profissionais tinham formação universitária e pós-graduação, mostrando como é uma área de atuação em saúde mental que vem se qualificando cada vez mais. E, ainda que a clínica do AT seja considerada como uma prática transdisciplinar (SERENO 2018), ela ainda está muito ligada à área psi, já que 76,2% dos profissionais realizaram graduação em psicologia.

No que se refere à formação específica em Acompanhamento Terapêutico, a maioria dos profissionais (69,8%) realizou estudos especializados na área, e com média de 120 horas. O meio formativo mais citado foi a modalidade curso (46%), seguido da supervisão (42,9%) e, por último, grupo de estudos ou outros meios (38,1%). De acordo com Palombini (2006), a formação específica em Acompanhamento Terapêutico é fundamental para que o profissional compreenda a função clínico-política desta atuação. Diante da importância desta formação,

podemos considerar razoável o número de profissionais que trabalhavam com AT e que não possuíam nenhum tipo de formação na área (30,1%), colocando-se como um desafio ofertar possibilidades de qualificação para estes profissionais. É importante aos que trabalham com o AT terem uma formação específica em Acompanhamento Terapêutico, para compreender e se apropriar dos aspectos éticos, políticos e clínicos que envolvem sua atuação (SCHARFF, 2018).

A formação na área de álcool e drogas (AD) foi realizada por 54% dos profissionais, e as formações tiveram uma média de 120 horas de duração. Sendo assim, quase a metade dos profissionais entrevistados não realizou formação específica na área AD (46%). Este é um número expressivamente alto, levando em consideração a complexidade do fenômeno álcool e drogas na atualidade, e seus atravessamentos clínicos, políticos, sociais, culturais, entre outros. Lembrando que todos os respondentes da pesquisa trabalhavam ou já haviam trabalhado com o AT com pessoas em uso problemático de álcool ou outras drogas. Aqueles que buscam ajuda no Acompanhamento Terapêutico para lidar com os problemas relacionados ao seu uso procuram esta ajuda justamente por suas vidas estarem um caos e bastante desorganizadas em várias áreas, causando-lhes um sofrimento psíquico clinicamente significativo. Nos intriga pensar como um profissional pode oferecer um cuidado de qualidade, com recursos técnicos necessários para acolher as particularidades deste público e para sua plena reintegração social, sem uma formação específica na área, sendo mais um desafio colocado para problematizar este campo.

Quase a totalidade dos respondentes da pesquisa (90,5%) utilizava alguma abordagem clínica para realizar o Acompanhamento Terapêutico. Há momentos, no AT, em que o profissional necessita de alguma perspectiva teórica e metodológica para fazer uma leitura clínica do campo e identificar os momentos em que o acompanhado necessita de alguma intervenção para sintetizar e integrar suas experiências vividas (PALOMBINI, 2006; SCHARFF, 2018; AGUIRRE, 2020). Uma teoria clínica é como uma “caixa de ferramentas” para o trabalho do AT no campo, que contempla uma noção de subjetividade e fornece os elementos necessários para localizar e balizar o seu fazer clínico. Como os profissionais poderiam responder mais de uma perspectiva teórica utilizada, não foi possível fazer um simples somatório de frequências. Em uma análise fatorial exploratória, as respostas se alinham a cinco fatores aglutinadores das abordagens, como já apresentado nos resultados deste estudo.

Nesta pesquisa, lembrando que a pessoa poderia responder mais de uma abordagem, aparece que os profissionais mesclavam algumas metodologias diferentes para sua atuação. Houve uma predominância das Psicanálises (Freudiana, Lacaniana e Winicottiana) como principal abordagem utilizada pelos acompanhantes terapêuticos. Mais da metade dos

profissionais utilizava alguma abordagem psicanalítica em seu trabalho como AT (54%) e, quase na mesma frequência, 50,8% dos profissionais utilizavam alguma abordagem com elementos teóricos de base fenomenológica (Fenomenologia, Existencialismo, Esquizoanálise, Gestalt-terapia e Psicodrama); as teorias de base comportamental também apresentam um número expressivo como abordagem utilizada pelos profissionais, 33,3% (Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Comportamental e Análise Experimental do Comportamento). Em consonância com a literatura, que aponta a Psicanálise como principal abordagem utilizada na prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, nos diversos casos de sofrimento psíquico (HOLANDA et al., 2020), os resultados desta pesquisa também a evidenciam como a principal abordagem norteadora dos profissionais para o cuidado nos casos de uso problemático de álcool e drogas. A psicanálise deslocou a questão da escuta para o primeiro plano, em contraposição à lógica psiquiátrica, que baseava sua diagnose e intervenção nos sinais e sintomas. A psicanálise foi a primeira abordagem que serviu de base para fundamentar o AT no Brasil. Esta experiência aconteceu na Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, em 1969, registrando a segunda experiência do Acompanhamento Terapêutico em território nacional, quando o acompanhante ainda era conhecido como auxiliar psiquiátrico (REIS NETO et al., 2011). Na terceira experiência do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, em 1979, no Instituto A CASA, na cidade de São Paulo, utilizando também a psicanálise para orientar o pensar e o fazer do AT, o dispositivo clínico denominado como Acompanhamento Terapêutico (primeira vez que esta nomenclatura foi utilizada no Brasil) apareceu descrito pela equipe de profissionais do Instituto como um recurso para o trabalho clínico de base comunitária que realizavam com pacientes psicóticos e seus familiares, no sentido inverso à proposta de internações em instituições psiquiátricas asilares (NOGUEIRA, 2009). O Instituto A CASA continua sendo uma das principais referências na prática e formação em Acompanhamento Terapêutico no Brasil.

Mas cabe assinalar que os dados obtidos neste estudo também mostram uma evolução de outras abordagens como fundamento clínico para a prática clínica do AT na área AD, com destaque para as abordagens fenomenológicas existenciais.

Sobre a participação em espaços para discussão de casos clínicos, 76,2% dos profissionais assinalaram que utilizavam este tipo de espaço formativo. Palombini (2006), destaca a importância de um espaço de continência e pertença para os profissionais que trabalham com o AT, externo aos locais onde exercem seu trabalho, para a realização de trocas clínicas, que podem ser em formatos de supervisão, grupo de estudos ou reuniões de equipe. A participação nestes espaços de discussão é considerada como ponto crucial para a articulação

teórico-clínica na prática do AT (METZGER, 2018). Participar dos espaços de discussão é uma oportunidade de olhar para o caso que está acompanhando de outras perspectivas, ampliar a leitura clínica sobre ele, e pensar novas possibilidades de intervenção.

A grande maioria dos acompanhantes terapêuticos considerava muito importante o uso dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo de Atenção Psicossocial na prática do AT (93,7%). Isto significa que os profissionais valorizavam os processos de desmanicomialização e desinstitucionalização, e defendiam uma atenção territorial e de base comunitária para oferecer um cuidado integral ao sujeito. Estar alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e ao Modo de Atenção Psicossocial é um dos eixos fundamentais que norteia a prática do AT (PALOMBINI, 2006; SILVA & SILVA, 2006; REIS NETO et al., 2011; TAVEIRA et al., 2021).

Na década de 50, constituíram-se algumas iniciativas para promover a ruptura com o modelo psiquiátrico. Iniciaram-se questionamentos sobre a noção de “doença mental”, concebida pela antipsiquiatria como um mito criado para camuflar os conflitos sociais e atribuir o problema ao indivíduo, às disfunções neuroquímicas e de ordem mental. Estas problematizações logo ganham corpo e se direcionam para as formas desumanizadas de tratamento que aconteciam nos manicômios (SCHNEIDER, 2009). As proposições de rompimento com as práticas psiquiatrizantes e de desconstrução da lógica manicomial formaram o fundamento que impulsionou os movimentos de Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (1994), para desinstitucionalizar o saber psiquiátrico seria necessário decompor seus sistemas de ação e desmontar suas estratégias. Posto isto, podemos afirmar que o Acompanhamento Terapêutico é um modo de cuidado substitutivo às práticas manicomiais e asilares. É um dispositivo político com potentes efeitos terapêuticos na vida das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade psíquica e com dificuldades de retomar seus projetos de vida, diante de uma sociedade pouco hospitaleira aos diferentes modos de ser.

Em especial no campo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o AT pode fornecer um suporte importante para os usuários, na medida em que esta problemática produz, segundo Messas (2015, p. 124), um processo de afunilamento existencial, sendo que a vulnerabilidade da dependência da droga se dá pela “condição pré-reflexiva de predomínio do presente imediato em relação às outras dimensões da temporalidade”. Produz, assim, uma existência fusional na qual as relações do sujeito ficam aprisionadas no aqui e agora, na busca dos efeitos instantâneos da substância, condensadas neste ponto único de inserção no mundo, com a manutenção rígida de papéis identitários e intensas experiências de sofrimento psíquico e de rupturas de vínculos sociais e territoriais. A mediação do AT para a retomada do

movimento dialetizado com o mundo concreto, para a reabertura de um campo de possibilidades ressignificadas, é fundamental, a fim de que esta pessoa retome as rédeas de sua vida (SCHNEIDER et al., 2017).

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo clínico, mas também político, que busca a garantia da cidadania e de direitos para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, quase sempre grave. O acompanhante é um representante político dos sujeitos acompanhados, diante das adversidades que enfrentam em seu cotidiano, para darem continuidade às suas vidas de uma forma mais digna. Esta é uma clínica que luta para resguardar o direito à liberdade, o direito de ocupar e circular pelos espaços públicos como qualquer outra pessoa, e ser respeitado em sua singularidade. Sim, também é preciso reconhecer e respeitar as possíveis limitações que estes sujeitos estejam vivenciando na sua relação com o mundo, mas é imprescindível acreditar e investir em seu potencial, para que o acompanhamento materialize suas apostas junto aos seus acompanhados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desde o seu surgimento no Brasil e no mundo, por volta da década de 1960, muitas foram as mudanças no perfil e nas funções do Acompanhamento Terapêutico. Inicialmente o AT foi exercido por leigos, geralmente, por pessoas sem, ou quase sem, nenhuma formação, com a função policialesca de garantir que o internado cumprisse o programa terapêutico estabelecido pela equipe médica, no espaço fora do hospital psiquiátrico. Mas, com o tempo, a clínica do AT foi ganhando contornos mais bem definidos e reconhecendo seu potencial terapêutico, estendendo-se para outras formas de sofrimento psíquico para além das psicoses.

Esta pesquisa demonstrou como o campo de atuação do AT com usuários com problemas no uso de álcool e outras drogas tem crescido no Brasil. Os respondentes, em boa parte, tinham mais de cinco anos de atuação, mostrando um campo em processo de amadurecimento. Se tomarmos como parâmetro o ano de 2003 como aquele que, por fim, tratou a problemática do uso de drogas como uma questão de saúde pública, a partir da política de atenção integral aos usuários de drogas do Ministério da Saúde, podemos considerar ainda recente esta atuação em AT. Mas o importante é que esta ação tem, pouco a pouco, se consolidado em diversos espaços de cuidado.

Os dados obtidos mostram o caráter bastante profissionalizado e especializado dos profissionais que trabalham na atualidade com o Acompanhamento Terapêutico no Brasil, sendo a maioria absoluta de graduados, com formação específica para o Acompanhamento



Terapêutico, e utilizando alguma abordagem clínica como orientação para o seu fazer, e muitas vezes somada à formação nas questões de uso de álcool e outras drogas. É um dado importante para refletir sobre a qualificação deste campo de atuação na saúde mental e sua importância para fortalecer os diversos dispositivos de cuidado psicossocial. Isto porque estes profissionais atuam em muitas frentes importantes, desde diversos serviços da RAPS, passando pelos locais mais tradicionais de cuidado, como clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas, assim como tendo força na saúde complementar, como nas clínicas particulares, ONGs especializadas e coletivos de festas.

Destaca-se também o predomínio de psicólogos atuando neste campo, pois descortina-se para estes profissionais uma nova forma de atuação, que vem cada vez mais fortalecendo sua formação em abordagens integrais e ampliadas para a área da saúde mental e atenção psicossocial. Há uma diversidade de abordagens psicológicas sendo utilizadas para fundamentar o AT, demonstrado que esta ação tem-se constituído em uma práxis, na medida em que traz desafios epistêmicos, assim como técnicos e metodológicos para a sua realização e para a produção do conhecimento no campo em questão.

No Brasil, o AT ganhou mais força na década, por ser um dispositivo fortemente atrelado à Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua prerrogativa de um cuidado territorializado, focado no fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos e sociais dos usuários, como o direito à cidade, o direito a uma vida digna, integrada socialmente com a comunidade de pertença, com inclusão no mundo do trabalho, da educação, da cultura, do lazer, sendo o AT uma importante mediação para estas conquistas. Esta prática tem-se mostrado, assim, na concepção dos profissionais, uma ação que executa exatamente essas prerrogativas. As respostas mostram como os profissionais que atuavam em AT com usuários de drogas estavam vinculados e defendiam os princípios da Reforma Psiquiátrica e o modo psicossocial.

Importante assinalar algumas limitações do estudo, entre as quais a amostragem por conveniência, que, através do método *snowball*, tendo como ponto de partida a rede de relações profissionais do próprio autor, assim como da rede de formações de algumas instituições em AT, pode ter trazido uma tendência de predomínio de profissionais do Sul (onde mora o autor da dissertação) e Sudeste (onde estão a maioria dos centros de formação em AT), podendo não ter alcançado tantos profissionais em outras regiões do país. Sendo assim, não se tem como garantir a representatividade da amostra, fragilizando o alcance do objetivo de levantamento de profissionais brasileiros no campo em foco, assim como a possibilidade de generalização dos resultados.

O Acompanhamento Terapêutico é uma clínica nova, ainda em expansão e ainda pouco utilizada na saúde coletiva, frente à sua potência clínica e de atenção psicossocial. Frequentemente, ela acaba sendo utilizada como um recurso necessário quando já se deu a institucionalização do usuário, enquanto que, na verdade, ela poderia ser mais fortemente utilizada como uma estratégia de promoção de saúde, de forma mais eficaz e mais inclusiva (TAVEIRA et al., 2021). Nesta direção, a atuação crescente de AT com usuários de drogas em nosso país se mostra como promissora atividade técnica e política, pois representa, por um lado, um cuidado potente e de qualidade, que visa à mediação para que usuários vulnerados se reapropriem de forma integral de seus contextos reais de vida; por outro lado, coloca-se na resistência à tendência à manicomialização, que tem se fortalecido nos últimos anos na política sobre drogas no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A. E. A. Prefácio. IN HOLANDA, A et al. **Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber**. Curitiba: Juruá Editora, 2020.
- AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.
- BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 9. Ed. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2017.
- BARTLETT, M. S. (1937). **The statistical conception of mental factors**. *British Journal of Psychology*, 28, 97–104. [2]
- BRASÍLIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acessos em: 15 Nov 2019.
- BROWN, T. A. (2006). **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press.
- CUNHA, A. C. et al. **Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 3, p. 638-651, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 30 Jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>.

DAMASIO, B. F. **Uso da análise fatorial exploratória em psicologia**. Aval. psicol., Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012.

FERNANDES, L; CARVALHO, M. C. **Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball**. Revista Toxicodependências, Porto, v. 6 n. 3, 17-28, 2000. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=83651](https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83651). Acessos em: 10 Jul 2020.

IORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. 1. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GODINHO, D. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. **Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico**. Fractal, Revista Psicologia, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 320-327, dez. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5644>. Acessos em 13 Jan. 2022.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

HAIR, J.E., ANDERSON, R.E., & TATHAM, R.L. (1987). **Multivariate a analysis**. New York, NY: Macmillian Publishers.

HOLANDA, A et al. **Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber**. Curitiba: Juruá Editora, 2020.

IBRAHIM, C. M. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia a Casa (Ed.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

MACCALUM, R. C., Widaman, K. F., ZHANG, S. & HONG, S. (1999). **Sample size in factor analysis**. Psychological Methods, 4(1), 84-99.

MARINHO, D. M.. **Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Dissertação de Mestrado, 2009. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-14082009-092412/publico/ Debora\\_Marinho.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-14082009-092412/publico/ Debora_Marinho.pdf). Acessos em: 07 Abr. 2020.

MAUER, S. K., & RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. Campinas, SP: Papyrus Editora, 1985.

MESSAS, G. **A existência fusional e o abuso de crack**. Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, 2015, 4 (1), 124-140. Disponível em: <https://revistapfc.com.br/rpfc/article/view/1004/1004>. Acessos em: 15 Set. 2022.

METZGER, C. **Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise**. 1º ed. São Paulo: Aller, 2017. METZGER, C. Formação do AT: uma forma-ação que não é com-forma. In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Escuta, 2018.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas Gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012.

NOGUEIRA, A. M. B. **O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte**. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 204-222, ago. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 abr. 2020.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político**. *Psyche (Sao Paulo)*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-1382006000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1382006000200012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 out. 2020.

REIS NETO, R. O. et al. **Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 17 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre os modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In SANTOS, M. P. G. **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SCHARFF, J. Na manha do gato: relato e discussão de caso clínico de AT. In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Escuta, 2018.

SCHNEIDER, D. **Caminhos históricos e epistemológicos da psicologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009, p. 57-72. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68474>>. Acessos em 14 Mar. 2020.

SCHNEIDER; D. R. et al. Um olhar existencialista sobre o uso de drogas. In: CASTRO, F.; SCHNEIDER, D. R.; BORIS, G. D. J.P. **Sartre e os Desafios da Psicologia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Via Veritas, 2017. Disponível em <[https://www.researchgate.net/profile/Georges-Daniel-Bloc-Boris/publication/320297767\\_J-SARTRE\\_E\\_OS\\_DESAFIOS\\_A\\_PSIKOLOGIA\\_CONTEMPORANEA/links/5f97d8bb299bf1b53e498ef9/J-P-SARTRE-E-OS-DESAFIOS-A-PSICOLOGIA-CONTEMPORANEA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Georges-Daniel-Bloc-Boris/publication/320297767_J-SARTRE_E_OS_DESAFIOS_A_PSIKOLOGIA_CONTEMPORANEA/links/5f97d8bb299bf1b53e498ef9/J-P-SARTRE-E-OS-DESAFIOS-A-PSICOLOGIA-CONTEMPORANEA.pdf)>

SERENO, D. Acompanhamento Terapêutico (AT) em tempos sombrios: um acompanhante (at) não faz verão. In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Escuta, 2018.

SILVA, A. S. T.; SILVA, R. N. **A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 210-221, June 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 02 Nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000200005>.

SOUZA, A. M.; PONTES, S. A. **Acompanhamento terapêutico (AT) e reforma psiquiátrica: história de uma prática.** *Psicol. estud.*, Maringá, v. 22, n. 3, p. 335-345, jul./set. 2017. Doi: 10.4025/psicoestud.v22i3.35235

TAVEIRA et al. **Um encontro no cotidiano: experiências de uma equipe de acompanhantes terapêuticos.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.13, n.34, p.80-90, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br>. Acessos em: 13 Jan. 2022.

## **ARTIGO 2**

**AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS QUE UTILIZAM  
O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) COMO ESTRATÉGIA  
CLÍNICA TERRITORIAL DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM USO  
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OU OUTRAS DROGAS**

## INTRODUÇÃO

Muitos foram os avanços nas políticas públicas de saúde e na luta por direitos humanos desde meados do século XX. Após a Segunda Guerra Mundial, e devido à grave crise que ela gerou, o mundo começou a questionar as formas como as pessoas eram tratadas. No campo da Saúde Mental, a década de 60 foi marcada por movimentos sociais de cidadania em diversos países do mundo, como Itália, França, Inglaterra, Brasil e EUA. Estas iniciativas construíram os movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo, e questionaram as formas como as pessoas com sofrimento psíquico grave eram tratadas, e sobre a hegemonia do saber biomédico sobre o tratamento dos “transtornos mentais” que se operavam nos manicômios (BESSA & SOUZA, 2021).

No Brasil, os serviços de saúde mental construíram novas formas de cuidado e olhar para o sofrimento psíquico grave. Foi um grande avanço que remodelou o cenário cultural em relação à loucura. Ao longo dos anos, foram implementados inúmeros serviços substitutivos ao modelo dos hospitais psiquiátricos. Houve um longo processo de desinstitucionalização das práticas, dos discursos e das relações em relação à loucura. Foi um movimento amplo, pautado na luta pela liberdade, afirmando um novo lugar social às pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE & TORRE, 2017).

Os dados do Ministério da Saúde demonstram as inúmeras conquistas e avanços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que, a partir de evidências científicas, têm deslocado o centro do cuidado de internações e reclusão para uma atenção comunitária, de base territorial e em liberdade (BRASIL, 2004). Esta mudança de paradigma assegurou maior respeito às pessoas com sofrimento psíquico grave, reconhecendo suas necessidades e desejos (THORNICROFT & TANSELLA, 2008). Este foi um terreno fértil para o surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT), como serviço substitutivo ao modelo das internações.

No Brasil, o surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT) ocorreu a partir da década de 60. Em meio aos tratamentos intensivos que aconteciam em instituições asilares, surgiu a figura do auxiliar psiquiátrico, que desempenhava a função de circular com paciente em ambientes fora do hospital psiquiátrico e cuidar da integridade física, administração de medicamentos e também oferecer apoio afetivo (HERMANN, 2008).

Da Argentina, veio o termo “amigo qualificado”, que dizia respeito às pessoas cujo encargo era estar junto ao paciente em seu cotidiano e auxiliá-lo quando necessário (SOUZA & PONTES, 2017). A nomenclatura “amigo qualificado”, pelo pouco valor profissional que poderia ser atribuído ao termo, caiu em desuso, e a nomenclatura “acompanhante terapêutico”

passou a ser utilizada, por enfatizar o caráter terapêutico desta prática (SOUZA & PONTES, 2017).

O Acompanhamento Terapêutico foi se consolidando como uma clínica que atua nos espaços do mundo socialmente compartilhado, na comunidade, no território, e centra sua intervenção nos vínculos e nas relações entre o acompanhado e sua rede social. O espaço público é o *setting terapêutico* desejável para seu “ato terapêutico”, mas o AT pode ser realizado em qualquer espaço com disponibilidade para acolher os diferentes modos de ser (PALOMBINI et al., 2004). O Acompanhamento Terapêutico aposta em sua função reabilitadora, para o resgate da autonomia e da cidadania, esperança, superação e integração do acompanhado à comunidade.

O AT é uma clínica rica em possibilidades de cuidado. A autonomia e conexão em rede, o cuidado em liberdade, a reinserção social, o trabalho e a conquista do território são objetivos constantemente buscados nessa prática. Desta forma, o AT se insere no campo dos serviços alternativos à internação e institucionalização psiquiátrica, como proposta de um novo modelo de atuação em saúde mental (GODINHO & PEIXOTO JUNIOR, 2019). De acordo com Souza e Pontes (2017), ao acontecer no espaço extrainstitucional, possibilita a construção de redes capazes de superar a lógica que encarcera.

Nesse sentido, o AT é indicado para todas as pessoas que se encontram em algum tipo de sofrimento psíquico grave, por vezes em isolamento, e com grandes dificuldades para organizar um projeto de vida, ou seja, vai ao encontro de todos aqueles que necessitam de algum cuidado em saúde mental, com as mais variadas demandas, e que por algum motivo estejam impossibilitados de seguir suas vidas, sejam estas pessoas crianças, adolescentes, adultos ou idosos (MARCO & CALAIS, 2012).

A prática e a teorização do AT vêm crescendo desde o início da década de 60, e gradualmente, ocupando novos espaços (SILVA & SILVA, 2006). O AT deixou de ser praticado por pessoas leigas, ou quase sem nenhuma formação, sendo substituídas por profissionais, em sua maioria psicólogos, que procuraram teorizar o AT com o objetivo de dar maior consistência científica a esta prática (REIS NETO et al., 2011).

No Brasil, houve uma constante transformação até o ano de 2015, nos processos de trabalho e incremento de serviços que ampliaram o acesso ao cuidado para pessoas com sofrimento psíquico (DELGADO, 2019). Estas mudanças se amplificaram desde a promulgação da Lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que buscou reformular os serviços de atenção à saúde mental e garantir os direitos das pessoas com sofrimento psíquico grave. (BRASIL, 2001) Mas o desejo pelas alternativas de isolamento do



sujeito como forma de tratamento, na saúde mental, nunca deixou de existir. As perspectivas signatárias da tese psiquiatrizante sempre estiveram presentes como movimento de contrarreforma. As novas políticas de saúde mental, implementadas desde 2016, com a entrada do governo Temer e com a continuidade do governo Bolsonaro, trouxeram esta perspectiva manicomial à tona novamente.

A Nota Técnica 11/2019, emitida pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019a), trata de esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e outras providências na atenção à Saúde Mental. Esta Nota Técnica informa que o Ministério da Saúde passa a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), para tratamento de pacientes com “transtornos mentais graves” no âmbito do SUS. Ela foi mais uma ação do governo federal para reforçar lógica hospitalocêntrica e desmontar o modelo psicossocial, com a precarização dos serviços de base territorial que compõem a RAPS. A Nota Técnica também traz à tona a retomada das internações psiquiátricas para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, uma iniciativa considerada absurda para especialistas na área (SOARES, 2019). A Nota Técnica é uma negação dos modelos substitutivos que buscam a construção do cuidado comunitário, e em favor da restauração de uma sociedade com manicômios. Como afirma Soares (2019), quando você investe nos leitos para internação, já está tirando dinheiro dos serviços substitutivos, como do CAPS, por exemplo. De acordo com o autor, esta Nota Técnica foi o começo de muitos retrocessos no campo da Saúde Mental.

Como lamenta Amarante (2019), quando a temática está no campo das drogas, a Nota Técnica 11/2019 aposta nas Comunidades Terapêuticas, como principal ponto de atenção às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas. É o investimento de verba pública para o setor privado, e que fomenta um novo mercado das internações, em detrimento dos investimentos para ampliação da RAPS.

A Portaria 3.588/2017 torna oficial o incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas e reforça seu lugar na RAPS como ponto de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, mesmo a lógica de funcionamento destas instituições sendo contrária aos princípios que defendem uma política de saúde mental que prioriza tratamentos em liberdade, como preconizado pela legislação brasileira. Estes ambientes se mostram despreparados para acolher e oferecer cuidado qualificado para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, pois são incontestáveis as evidências da violação de direitos cometidas nestes ambientes, como aponta o relatório de inspeção nacional realizado nas Comunidades Terapêuticas em outubro de 2017, sobre as práticas encontradas nestes ambientes (BRASÍLIA,

2018): tratamento de caráter asilar e com privação de liberdade, ausência de uma equipe técnica qualificada e a inexistência de um projeto terapêutico singular, imposição religiosa, internações involuntárias de forma ilegal, contenção de pessoas, indícios de sanções e tortura, entre outras. Estas são práticas que perpetuam o legado de segregação e tratamentos desumanos historicamente conferido às pessoas “indesejáveis em nosso país”, ou seja, aqueles que não se enquadram nos padrões socialmente instituídos por uma sociedade mercadológica e excludente.

A literatura científica sobre Acompanhamento Terapêutico com pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas é praticamente inexistente, constituindo um importante campo de pesquisa a ser explorado (HOLANDA et al., 2020). É imprescindível produzir conhecimento científico para reagir, discutir e questionar os retrocessos no campo da Saúde Mental brasileira, baseado em evidências.

O interesse deste artigo é investigar as concepções e práticas de profissionais que utilizam o Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Sistematizar conhecimento científico sobre esta prática é fundamental para fortalecer os serviços de atenção e cuidado em Saúde Mental alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao Modo de Atenção Psicossocial. Desta forma, o estudo investigou a práxis do AT no campo do álcool e drogas e como ele pode ser uma estratégia clínica territorial de cuidado a este público. Para cumprir esta tarefa, foram entrevistados sete acompanhantes terapêuticos que utilizavam esta prática com o público AD havia pelo menos quatro anos. Os entrevistados trouxeram dados valiosos para analisar a potência do AT como dispositivo clínico e político na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

## **MÉTODO**

### **DESENHO**

Estudo exploratório e descritivo, com delineamento qualitativo, visando conhecer as concepções e modelos de práticas de profissionais brasileiros que atuam com Acompanhamento Terapêutico com usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

### **PARTICIPANTES**

A amostra deste estudo foi composta por profissionais que realizavam ou já haviam realizado Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e/ou outras drogas no

Brasil, por no mínimo quatro anos. Estes profissionais concederam uma entrevista semidirigida, de forma individual. A amostra foi extraída dos 63 participantes que responderam ao “Questionário de Caracterização”, utilizado para a coleta de dados do Artigo 1 desta dissertação. A última questão deste instrumento interrogou sobre o interesse do profissional em participar de uma entrevista semidirigida, no formato *on line*, sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas, em um outro dia e horário, a serem previamente combinados. Todos aqueles que deram seu aceite a esta questão, cinquenta e quatro respondentes, deixaram seu e-mail e foram candidatos a participar da entrevista semidirigida. Foram selecionados intencionalmente sete profissionais para a entrevista. A escolha seguiu os critérios descritos nos instrumentos e procedimentos para coleta de dados.

## INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

### **Entrevista Semidirigida**

O instrumento foi utilizado para coletar dados sobre as concepções e práticas dos profissionais com experiência na prática do AT com usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

Foi preparado um guia temático (APÊNDICE D) com algumas questões e tópicos que serviram como roteiro para a entrevista. As perguntas motivaram a manifestação do entrevistado sobre sua experiência com o tema, problemas vivenciados, interesses, preocupações, expectativas, medos, entre outros vividos que contribuíram para as análises deste estudo. Segundo Fontanella et al. (2006), perguntas motivadoras são fundamentais em uma entrevista semiestruturada para pensar, formular e reformular teorias.

Seguindo a proposta de Fontanella et al. (2006), a entrevista semidirigida foi iniciada com um caráter mais aberto e começou com uma questão disparadora – relacionada ao objetivo geral da pesquisa – para encorajar a geração de ideias do entrevistado acerca do tema pesquisado. A pergunta disparadora da entrevista era: *“O que é para você ser acompanhante terapêutico?”* Em seguida, o pesquisador foi dialogando com o entrevistado, a partir do roteiro pré-estabelecido, buscando coletar as informações sobre as suas concepções e práticas, e ao mesmo tempo estando atento às ideias inovadoras que apareciam.

A abertura para a inovação é importante para que a coleta de dados não seja realizada automaticamente através de numerosas perguntas sequenciais que resultem em respostas padronizadas previamente esperadas pelo pesquisador, apenas para confirmar teorias já estabelecidas. A postura menos diretiva do entrevistador estimulou uma fala mais livre dos

entrevistados sobre sua práxis no AT, e a liberdade de falar sobre intervenções inusitadas, criativas e eficientes que utilizaram em situações cotidianas do Acompanhamento Terapêutico (AT). Entrevistas menos diretivas oferecem o espaço necessário para ideias novas sobre as vivências humanas que possam contribuir para o avanço do conhecimento científico (FONTANELLA et al., 2006).

Abaixo estão os critérios utilizados para selecionar os participantes da entrevista:

- a) Tempo de experiência no Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas (mínimo 4 anos);
- b) Utilizar alguma abordagem clínica na sua prática de AT;
- c) Formação em Acompanhamento Terapêutico AT.

Para definir o tamanho da amostra do estudo, esta pesquisa utilizou a amostragem por saturação, proposta por Fontanella et al. (2011). Esta técnica é uma ferramenta conceitual muito utilizada para pesquisas na área da saúde e questões psicossociais. A amostra por saturação interrompe a inserção de novos participantes no estudo quando os dados obtidos começam a se repetir e se tornam redundantes, passando a não apresentar mais algo novo e que poderia contribuir significativamente para o aperfeiçoamento dos dados.

A transcrição e as análises foram realizadas a cada entrevista, para verificar o momento em que os dados começavam a ficar saturados. A partir dos passos elaborados por Fontanella et al. (2011), abaixo estão os procedimentos utilizados para sistematizar e expor o tratamento e a análise dos dados coletados nas entrevistas, para constatar a saturação teórica e o encerramento pela busca de novos participantes:

- a) *Imergir em cada registro*: Foram realizadas leituras das transcrições e a audição das entrevistas para identificar e anotar os núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes.
- b) *Reunir os tipos de enunciados*: Foram agregadas as falas das entrevistas por similaridade, e consideradas exemplares para cada núcleo de sentido.
- c) *Codificar ou nominar os dados*: Foram nomeados os tipos de enunciados e núcleos de sentido, formando temas.
- d) *Constatar a saturação teórica e fechar a amostra*: A partir da sétima entrevista, não apareceram novos enunciados que acrescentassem novos temas à pesquisa.

As entrevistas aconteceram na modalidade *on line* e foram realizadas na plataforma *Zoom Video Communications* – uma empresa americana de serviços de conferência remota para reuniões *on line* e para videoconferências – pelo pesquisador principal desta pesquisa, o mestrando Eduardo Pereira Alves. A data e horário de cada entrevista foram combinados e

definidos previamente entre o entrevistador e os participantes selecionados para a entrevista. O encontro foi gravado em áudio e vídeo para o pesquisador ter acesso integral e fiel à fonte dos dados coletados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) utilizado para a participação na entrevista foi o mesmo empregado para o “Questionário de Caracterização” (APÊNDICE A). Ainda assim, antes de iniciar a entrevista, o pesquisador explicou novamente sobre a pesquisa e seus objetivos. Junto ao Termo de Consentimento, havia também o Termo de Autorização para Gravações e Vídeos (APÊNDICE B). Eles formaram um só documento no cabeçalho do questionário. Para acessá-lo, bastava o participante clicar no *link* do repositório da UFSC disponibilizado em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/220689>.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados e trabalhados através da Análise de Conteúdo sugerida por Ruiz-Olabuénaga (1999), na qual o texto sempre implica em um contexto, ou seja, um conjunto de sentidos e significados explícitos, mas também subjacentes aos discursos, e que apresentam aspectos práticos, éticos e técnicos. Este método foi escolhido como o meio para captar não só os sentidos manifestos nos materiais coletados, mas também os sentidos simbólicos não manifestos sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT).

A Análise de Conteúdo compreende o texto como uma rede de sentidos e significados que representam um contexto, não há estabelecimento de classificações *a priori*, o texto original é lido, compreendido e, posteriormente, preparado para ser analisado e interpretado. A análise de conteúdo é um processo cíclico e circular, o texto é submetido a repetidas leituras e manipulações com o intuito de apreender os significados dos dados.

Esse modelo de análise orientou a leitura e a interpretação das entrevistas realizadas nesta pesquisa. Através das repetidas leituras e escuta dos áudios, identificamos e agrupamos as temáticas mais relevantes em categorias e subcategorias. Em seguida, analisamos as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) que os entrevistados descreveram como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

As variáveis psicossociais, de contexto cultural, social e histórico foram consideradas nas análises desta pesquisa. De acordo com Minayo (2004), estes são elementos fundamentais para se realizar uma Análise de Conteúdo.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

Seguindo o modelo da Análise de Conteúdo proposta por Ruiz-Olabuénaga (1999), foram identificadas as temáticas mais relevantes nas entrevistas. As temáticas foram agrupadas em cinco categorias para análise e discussão dos resultados:

- 1) A Reforma Psiquiátrica e o Modo de Atenção Psicossocial: condições para o surgimento do Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial
- 2) Entre os processos formativos e o ser leigo: onde está a potência do AT?
- 3) O Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas
- 4) O AT em rede e o projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) O território e a cidade como *setting* terapêutico: roteiros e saídas

Cada categoria será descrita em seus elementos de análise, advindos das falas dos participantes, já mesclada com a discussão da temática, baseada na revisão narrativa da literatura especializada da área.

### **1. A Reforma Psiquiátrica e o Modo de Atenção Psicossocial: Condições para o surgimento do Acompanhamento Terapêutico como Estratégia Clínica Territorial**

O Acompanhamento Terapêutico, como o conhecemos hoje, almeja reduzir a violência simbólica que sofrem as pessoas com diagnósticos de transtornos mentais.

*O AT tem um papel muito importante de mediar essa relação com a comunidade para tentar diminuir a violência dessas relações. Violência essa que se dá pelos estereótipos, pela negação, pela estigmatização que o usuário é vítima dentro da sociedade. (SUJEITO 7)*

Os manuais diagnósticos, mesmo os mais atuais, ignoram qualquer referência ao contexto social e permitem que respostas normais das pessoas a determinadas situações da vida sejam vistas como patológicas (CAPONI, 2012). As possibilidades infinitas de agrupamentos sintomáticos aumentaram vertiginosamente os diagnósticos de transtornos mentais. “*O quanto as pessoas saem desse ciclo institucionalizante que a loucura produz, que o sofrimento psíquico produz? Essa marca que é ter um diagnóstico psiquiátrico?*” (SUJEITO 3).

A respeito da banalização dos diagnósticos de transtornos mentais e do estigma que ele produz, Caponi (2012) parafraseia Charpentier (apud Magnam & Charcot, 1892, p 130):

“tenhamos cuidado com essa tendência (da psiquiatria), ou então todas as perturbações menores poderão atingir o estatuto de doença mental” (p. 179).

O método de reconstituição moral do internado como forma de tratamento e cura foi desenvolvido por Philippe Pinel no século XVIII, que criou no hospital um ambiente para os loucos se tornarem civilizados (SZASZ, 1978), um tratamento moral para dominar as paixões e recuperar a razão (CAPONI, 2012). O sucesso do tratamento para a loucura seria proporcional ao “adestramento do louco”, e hoje em dia não é muito diferente. Nas Comunidades Terapêuticas, por exemplo, como centros de tratamento para usuários de álcool e drogas, a metodologia tem como base o tripé: disciplina, oração e trabalho (DE LEON, 2003). O método de tratamento nestes ambientes continua sendo reeducar o suposto “anormal”, para que ele seja considerado apto ao convívio social. Na quarta categoria, esta temática da Comunidade Terapêutica será retomada para discussão. Segundo Foucault (2006), nestes ambientes o tratamento da loucura consistia especialmente na correção das falhas morais, utilizando técnicas disciplinares e de controle para sustentar a norma social vigente. *“Acontecem muitas violações de direitos nas internações psiquiátricas”* (SUJEITO 1)

O hospital psiquiátrico, como manicômio, foi descrito por Goffman (2003) como sendo uma Instituição Total, local “onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (p.11). Segundo o autor, nas Instituições Totais o internado tem a concepção de si sistematicamente mortificada pelos diversos ataques ao seu “eu”. Com a perda de autonomia e liberdade de ação, o internado descobre que perdeu a possibilidade de tomar decisões pessoais importantes e cria uma série de comportamentos para se adaptar aos sistemas de punição e privilégios da instituição, ajustamentos que, em grande parte das vezes, violentam seu sistema de valores e suas crenças pessoais (GOFFMAN, 2003). De acordo com o sujeito 6, a prática do AT segue em outra direção: *“O AT não é vigilância [...] vai investir na autonomia das pessoas, na criação, no suporte, no acolhimento”* (SUJEITO 5).

Sendo assim, na década de 50, constituíram-se algumas iniciativas para promover a ruptura com o modelo psiquiátrico. Iniciaram-se questionamentos sobre a noção de “doença mental”, concebida pela antipsiquiatria como um mito criado para camuflar os conflitos sociais, e atribuir o problema ao indivíduo, às disfunções neuroquímicas e de ordem mental. Estas problematizações logo ganham corpo e se direcionam para as formas desumanizadas de tratamento que aconteciam nos manicômios (SCHNEIDER, 2009). As proposições de rompimento com as práticas psiquiatrizantes e de desconstrução da lógica manicomial, formaram o fundamento que impulsionou os movimentos de Reforma Psiquiátrica. Segundo

Amarante (1994), para desinstitucionalizar o saber psiquiátrico seria necessário decompor seus sistemas de ação e desmontar suas estratégias. *“Eu sempre pensei que o AT vinha muito para desinstitucionalizar as pessoas”* (SUJEITO 3).

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento complexo que envolve processos de luta política e de transformação das práticas e saberes, valores culturais e sociais relacionados à defesa dos direitos e da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental (AMARANTE, 1998). A partir desta concepção, o AT ...

*[...] é uma ação política o tempo inteiro. Não só lá na ponta acompanhando a pessoa. É uma ação política em todas as ações que a gente faz no mundo. Sei lá, se tô elegendo um deputado da bancada evangélica que vai trabalhar com a ideia proibicionista com relação às drogas, eu não tenho como ser um AT. Porque a lógica de tratamento e cuidado é uma completamente diferente. É incoerente [...]*

(SUJEITO 6)

A Reforma Psiquiátrica buscou combater o saber/poder de dominação e sujeição das pessoas consideradas como “doentes mentais”, na esteira da máxima de Foucault (2006, p.240): “onde existe poder, existe resistência”. *“Desde que eu comecei a fazer AT, sempre pensei que o AT veio para ajudar na desinstitucionalização”* (SUJEITO 3). As lutas por uma forma de tratamento mais humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico favoreceram o aparecimento de práticas clínicas que quebraram as fronteiras do *setting* tradicional e se direcionaram para a inserção da ação terapêutica no contexto social.

O novo modelo de atendimento em saúde mental proposto por Basaglia, na Reforma Psiquiátrica Italiana, abriu espaço para os voluntários, pessoas que acompanhavam os pacientes com dificuldade de reinserção social em suas atividades diárias (ARAÚJO, 2013). Nesta nova proposta, esperava-se que os médicos e enfermeiros, entre outros técnicos, fossem todos um pouco acompanhantes. Segundo Araújo (2013), neste momento, o “louco” começa a circular pelos espaços do mundo compartilhado e a ocupar o território ao lado dos acompanhantes, que ficaram conhecidos como os “auxiliares psiquiátricos”.

*Só existe Reforma Psiquiátrica se todo mundo for um pouco AT. Então, o psiquiatra tem que ser AT, o porteiro tem que ser AT, o psicólogo tem que ser AT, a assistente social tem que ser AT, enfermeiro tem que ser AT.* (SUJEITO 4)

*A gente só pode estar falando de AT, só pode estar falando de AT, hoje, porque a gente teve todo esse movimento. Toda a herança europeia, da Reforma Psiquiátrica e antes mesmo, da antipsiquiatria.* (SUJEITO 6)



A literatura relaciona o nascimento do AT aos movimentos de crítica às intervenções pautadas pela lógica psiquiátrica que entraram em vigor, principalmente, na Europa e nos EUA, na década de 50 (SILVA & SILVA, 2006). Foi neste momento de crítica que começaram a surgir ações na área da saúde com uma nova perspectiva de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, que fossem substitutas às práticas de tratamento centradas no manicômio. Este clima de mudança foi um contexto fértil para germinar as condições de desenvolvimento para a prática do AT (REIS NETO et al., 2011). *“Ele surge lá como auxiliar psiquiátrico e daqui a pouco ele fica independente, fica mais autônomo, ao ponto de tensionar esse trabalho psiquiátrico”* (SUJEITO 5).

A proposta da Reforma Psiquiátrica redirecionou as práticas no campo da saúde mental e ampliou o campo da clínica, deslocando as ações do modelo biomédico para um modelo de atenção psicossocial (FIORATI, 2013). De acordo com Silva & Silva (2006), os questionamentos da Reforma Psiquiátrica, o surgimento do hospital-dia, o avanço dos psicofármacos e o desenvolvimento das comunidades terapêuticas no modelo de Maxwell e Jones foram os principais eventos que possibilitaram a invenção de uma prática que hoje conhecemos pelo nome de Acompanhamento Terapêutico (AT).

O hospital-dia surgiu no pós-guerra e buscou criar um espaço terapêutico para os “loucos” que não ofereciam perigo para outras pessoas nem para si mesmos. Neles, os pacientes passavam o dia realizando atividades, e voltavam para suas comunidades à noite, quando estas atividades se encerravam (SILVA & SILVA, 2006). Conforme Campbell (1996), o psiquiatra Ewen Cameron foi o fundador do primeiro hospital-dia, criado em 1946, no Allan Memorial Institute, em Montreal, no Canadá. O hospital-dia pretendia se assemelhar à rotina da vida cotidiana, ser o lugar onde o paciente realizava atividades como se estivesse trabalhando, e retornava para casa no fim do dia, para seus familiares e amigos. Estes espaços de cuidado foram significativos para a constituição do papel do AT, pois eram lugares de retomada do movimento dos pacientes no mundo, em seus contextos reais de vida.

O surgimento dos psicofármacos também foi um acontecimento que favoreceu o surgimento do AT. Se, por um lado, a invenção das medicações psiquiátricas foi uma substituição gradual para a camisa de força, pois continuou o legado de cerceamento da liberdade por meio da contenção química, por outro, ao cessarem os sintomas psicóticos, as medicações também possibilitaram ao “louco” vivenciar novas experiências fora dos espaços fechados da instituição, na companhia de um acompanhante. Silva e Silva (2006) colocam que, nesta configuração, se delinearam as primeiras funções do Acompanhante Terapêutico, por um lado, controlar a ingestão de medicação e, por outro, vigiar o comportamento do internado fora

da instituição. Hoje a prática do AT é bem diferente: “*Esse AT que a gente fala hoje, como autonomia, como criação. Não o AT que é vigilância* (SUJEITO 6). Pulice & Rossi (1997, p. 83), concordam que o Acompanhamento Terapêutico surgiu no momento de grande “difusão da psicofarmacologia, que permitiu tanto a experiência dos serviços abertos, quanto a circulação dos psicóticos pela cidade”.

Se fôssemos fazer uma genealogia do AT, poderíamos estabelecer algumas forças que influenciaram fortemente na invenção desta prática no campo da saúde mental, entre as quais se destacam a produção dos psicofármacos no final da década de 50, a experiência do Hospital-Dia e das Comunidades Terapêuticas, na lógica de Maxwell e Jones, a partir dos anos 1950-60, e as discussões fomentadas pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (SILVA & SILVA, 2006). O AT nasce na Reforma Psiquiátrica com outros nomes e funções diferentes dos que conhecemos hoje. Hoje não condiz com a prática do AT:

*Vigiar como a pessoa está se comportando para reportar ao psiquiatra, pra reportar à família. Esse AT que a gente pratica, e a maioria das pessoas que você deve ter entrevistado e feito o questionário vão pensar assim, esse AT que vai investir na autonomia das pessoas, na criação, no suporte, no acolhimento[.]* (SUJEITO 6)

Caminhando *pari passu* com os movimentos de Reforma, gradativamente estabeleceu uma ruptura com o modelo tradicional de saúde mental e deixou de ser um mero auxiliar psiquiátrico de pacientes graves, reivindicando o reconhecimento da sua estratégia terapêutica específica como função clínica própria.

A década de 60, no Brasil e no mundo, foi caracterizada como os anos quando pensávamos em realizar nossos sonhos e utopias para mudar o mundo (COIMBRA, 1995). Embalada pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica que estavam acontecendo pelo mundo, especialmente pelo movimento italiano, nascem os primeiros movimentos para criar uma Reforma no Brasil. Despertaram-se processos de reflexão política para repensar as práticas terapêuticas na saúde e considerar a subjetividade como produção histórico-social (COIMBRA, 1995). Mas, logo em seu início, este processo acabou sendo fragilizado com a implementação da ditadura militar no Brasil.

A Reforma Sanitária no Brasil, que aconteceu na grande área saúde, é intimamente entrelaçada com o movimento da Reforma Psiquiátrica na saúde mental (SILVA & SILVA, 2006). A Reforma Sanitária nasceu no contexto de luta contra a ditadura, no início da década de 70. Ela representava a preocupação dos médicos e outros profissionais, também dos usuários e seus familiares, com a saúde pública, e com as transformações necessárias em todo o setor da

saúde para melhorar as condições de vida da população. Ela trouxe a proposta do novo modelo de atenção à saúde defendido pelo movimento da Reforma Sanitária e ergueu sua principal bandeira: “Saúde direito de todos e dever do Estado” (SOUTO & OLIVEIRA, 2016).

*A gente só está falando de AT hoje porque teve todo um movimento, que segue tendo, e ainda é muito importante, de Reforma Psiquiátrica, de Reforma Sanitária desse país. De pensar a saúde como dever do Estado e direito de todo o cidadão como princípio constitucional. (SUJEITO 6)*

*Pari passu* à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um longo processo de lutas e reivindicações pela transformação das práticas em saúde mental em nosso país.

*Então, nesse sentido, a gente trabalha totalmente alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com a Rede de Atenção Psicossocial. Eu sou uma militante do SUS, da Reforma Psiquiátrica. Sempre estive à frente desse movimento e eu vejo que a gente articula totalmente no AT. (SUJEITO 3)*

Ainda à época da ditadura, no final da década de 70, surgiram no Brasil associações e movimentos de luta pelos direitos dos “pacientes psiquiátricos”, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da área, sindicalistas, associações, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Este movimento deu início às denúncias da violência praticada nos manicômios e da existência de uma rede privada de assistência para mercantilização da “loucura” no país (BRASÍLIA, 2005). Conforme Silva & Silva (2006), o II Congresso Nacional do MTSM, em 1987 (Bauru/SP), que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, se configurou como o campo de forças que possibilitou a criação do “Movimento da Luta Antimanicomial”.

*O AT só é possível dentro do campo antimanicomial [...] Eu acho que a gente não tem como pensar uma prática desse tipo, tão transformadora, tão revolucionária, sem o pensamento da cultura antimanicomial. E sem investimento nas políticas públicas. (SUJEITO 6)*

*O AT tem uma contribuição muito importante na Luta Antimanicomial. (SUJEITO 7)*

Seguindo o encadeamento de acontecimentos de desconstrução da lógica manicomial e reorganização dos serviços em saúde mental no Brasil, dá entrada, em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a extinção progressiva dos manicômios no país e a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais (BRASÍLIA, 2005). O Projeto de Lei supracitado é um marco das lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos campos legislativo e normativo.

*O Acompanhamento Terapêutico tem um viés político bem marcado também. Porque ele surge numa reação à instituição psiquiátrica [...] surge nela, mas depois vai se configurando num viés mais político de fazer frente à instituição psiquiátrica de tirar as pessoas de dentro dos manicômios. (SUJEITO 5)*

Também em 1989, iniciou-se o processo de intervenção pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico que era palco de maus-tratos e onde ocorriam mortes de pacientes. *“Algumas experiências que ocorreram desde a reforma de Santos, da Reforma Psiquiátrica em Santos. Lá tivemos os primeiros acompanhantes terapêuticos contratados pela prefeitura de Santos”* (SUJEITO 7). A repercussão nacional desta intervenção mostrou de forma incontestável a necessidade da construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foram implantados nesta época[,] em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam em tempo integral, e surgiram também as residências para desinstitucionalização de egressos dos hospitais psiquiátricos (BRASÍLIA, 2005). Estando diretamente envolvido no processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Lancetti (2009) traz o seguinte relato:

Percebíamos que os pacientes mudavam ao transpor a porta do hospício, que um enxame de pessoas permaneciam no limiar arquitetônico, entre o dentro e o fora do prédio, que estas saídas e entradas, as idas ao cinema, as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania [...] O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços-tempos são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial (p.21).

Nesse cenário descrito por Lancetti (2009), a clínica peripatética, aquela que anda junto com o usuário, segue seu movimento nos contextos reais de vida, ganha função terapêutica central, sendo o AT um dessas construções clínicas imprescindíveis para a construção de uma atenção integral e ampliada às pessoas com sofrimento psíquico grave.

*Então, quando eu penso, hoje em dia, na Reforma Psiquiátrica, na luta antimanicomial, eu só penso que o AT contribui muito pra que as pessoas não sejam institucionalizadas. Pra que as pessoas estejam na vida delas [...] E, quando eu falo retomar a vida, é pensar que ela pode trabalhar, que ela pode ser produtiva, que ela pode estar plenamente na vida como qualquer outra pessoa. (SUJEITO 3)*

Após doze anos de tramitação no Legislativo, e mesmo com alterações importantes no texto original que não deixavam claro como seria o processo de desmonte progressivo dos

manicômios, o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado foi aprovado em 2001, e se transformou na Lei federal 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Ela redireciona a atenção em Saúde Mental e descreve sobre a proteção dos direitos das pessoas com “transtornos mentais” (BRASÍLIA, 2005). A Lei discorre que estes cidadãos devem ser tratados de preferência em serviços comunitários com humanidade e respeito, e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Os pontos de atenção territorializados para as pessoas com sofrimento psíquico foram se espalhando por todo o país e se consolidaram através da Portaria 3.088, de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que instituiu oficialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para ampliar e articular as ações e os serviços articulados em rede.

*Tinha que ter um dispositivo para concretizar a Reforma e é a RAPS [...] tem que se inserir de forma concreta as pessoas aí na vida, no mundão, né? Não tem que estar alheio a elas e é isso: testar esse mundo, fazer as pessoas circularem, as pessoas caminharem, as pessoas encontrarem formas de estar no mundo, de serem aceitas, de lidar com as questões que vão aparecendo. Então[,] o AT é um campo que permite que o paciente experimente esse lugar e encontrar a sua forma de circular pelo mundo e tal. E a RAPS é um dispositivo que ajuda a tecer a rede a construir diversos pontos [...] o AT é quem vai ajudando a construir, a transformar esses vários pontos numa rede. (SUJEITO 1)*

*Então, ele vai promover mesmo um trabalho em rede. E como a política nacional de saúde mental diz que tem que ser em rede, o AT é o costurador. (SUJEITO 5)*

Em meio a toda esta trajetória de luta da Reforma Psiquiátrica brasileira pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, foi emergindo a figura do AT nos serviços de saúde. A cidade gaúcha de Porto Alegre é considerada por muitos a pioneira na experiência do Acompanhamento Terapêutico no Brasil. “*Instituições psiquiátricas que nem a Pinel de Porto Alegre, foi um dos berços do AT*” (SUJEITO 5). Mas há questionamentos quanto a isto, pois o acompanhante, naquela época, ainda atuava de forma muito diferente da concepção que temos hoje sobre o AT, exercendo uma função que era ainda muito atrelada à concepção psiquiátrica.

Foi em 1960, inspirado no modelo de comunidade terapêutica de Maxwell, que Marcelo Blaya criou, na Clínica Pinel, em Porto Alegre, uma instituição que apresentava propostas diferentes das tradicionais, tais como a socioterapia, os grupos operativos e as reuniões comunitárias (SILVA & SILVA, 2006). Também foi proposta por Blaya a inclusão de um agente específico, que foi chamado de “atendente psiquiátrico”. O atendente tinha a função de

acompanhar os pacientes dentro e fora da instituição, para que eles cumprissem os programas terapêuticos elaborados e aprendessem determinadas condutas. O atendente ficou também conhecido como “atendente grude”, ou seja, aquele que circulava grudado ao paciente pelo espaço urbano para controlar possíveis situações de risco (SILVA & SILVA, 2006). O atendente tinha uma função mecânica de vigiar o paciente dentro e fora da instituição, mas foi uma referência importante para que os internos pudessem progressivamente ser encaminhados para atividades fora do hospital.

Nessa época, a função do atendente psiquiátrico era exercida em grande parte por leigos, sem formação na área da saúde (REIS NETO, et al., 2011). Em Porto Alegre, as pessoas sem formação ficavam sabendo deste trabalho na Clínica Pinel, através do anúncio de jornal, noticiando que havia mais uma atividade remunerada na área da saúde: “atendente psiquiátrico”. Mas logo os atendentes psiquiátricos da Clínica Pinel passaram a ser compostos também por estudantes de Psicologia e Medicina, que faziam estágio supervisionado como parte de sua formação clínica (SILVA & SILVA, 2006; NOGUEIRA, 2009). O “atendente psiquiátrico” passou a ser composto por uma mescla de estagiários e leigos.

A inspiração para a criação do “atendente psiquiátrico”, de acordo Reis Neto et al. (2011), pode ter vindo das pessoas que comumente eram chamadas na comunidade extra-hospitalar para servir de “elo” para a reintegração social dos pacientes internados. Segundo o autor, o que importava não era a cultura acadêmica (teórica e técnica), mas a necessidade de implementar uma nova maneira política e social de abordar a “doença mental”. O atendente seria, então, conforme Reis Neto et al. (2011), o “homem da rua” incorporado à equipe terapêutica.

O trabalho de Blaya, em Porto Alegre, gerou bons frutos e logo chegou ao Rio de Janeiro, em 1969. Os trabalhos da Clínica Villa Pinheiros registraram a segunda experiência do AT no Brasil. A experiência carioca tinha como referencial teórico a psicanálise e usou o nome de “auxiliar psiquiátrico” para demarcar a prática daqueles que acompanhavam os internados dentro e fora da clínica (SILVA & SILVA, 2006). A psicanálise foi a primeira teoria que serviu de base para a fundamentação e evolução do AT no Brasil, na contracorrente da lógica psiquiátrica, que tinha seu foco de investigação e intervenção baseado nos sinais e sintomas, e a psicanálise deslocou a questão da escuta para o primeiro plano.

O trabalho dos auxiliares psiquiátricos na década de 70, segundo Ibrahim (1991), perdeu sua funcionalidade com a política do regime militar, que privilegiou as internações asilares em detrimento de outras formas de tratamentos para a loucura. Segundo o autor, é nesse momento que os auxiliares psiquiátricos passaram a ser solicitados a fazer seu trabalho de

acompanhamento no ambiente doméstico, entrando em um contato mais direto com a família e com o cotidiano do paciente. Nesse momento, ao contrário do que se esperava acontecer, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ganhar corpo no tratamento das psicoses, passando a fazer parte de uma equipe terapêutica e a receber indicações também de pacientes que estavam fora de crise e do ambiente hospitalar (NOGUEIRA, 2009).

*Desde a década 1970, a gente está tendo mobilização de profissionais de saúde pra pensar outras estratégias de cuidado não manicomiais, não asilares, sem manicômios, sem prisões, sem hospitais de custódia, sem comunidades terapêuticas nesse modelo de aprisionamento. (SUJEITO 6)*

A terceira experiência do AT no Brasil aconteceu em 1979, no Instituto A CASA, em São Paulo, e deu novos contornos para o AT. Ele funcionava inicialmente como Hospital-Dia e, por influência argentina, utilizava o nome “amigo qualificado” para denominar o trabalho do AT (HOLANDA et al., 2020). Mas, na década de 80, o dispositivo clínico denominado como Acompanhamento Terapêutico apareceu descrito pela equipe de profissionais do Instituto A CASA, como um recurso para o trabalho clínico de base comunitária que realizava com pacientes psicóticos e seus familiares, no sentido inverso à proposta de internações em instituições psiquiátricas asilares (NOGUEIRA, 2009). O primeiro livro brasileiro sobre AT foi escrito pela equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia do Instituto A CASA, em 1991: “A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico”. O livro foi fruto do Primeiro Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos, que aconteceu na cidade de São Paulo, em 1989, organizado pelo próprio Instituto (HOLANDA et al., 2020). De acordo com o autor, a nomenclatura Acompanhamento Terapêutico (AT) passou a ser utilizada no Brasil, a partir da década de 70, e se sedimentou na década de 80. O Instituto A Casa utiliza, desde sua fundação, a psicanálise como abordagem clínica para orientar o pensar e o fazer do AT, e o Instituto é hoje uma das principais referências na prática e formação em Acompanhamento Terapêutico no Brasil.

As lutas são necessárias para as mudanças que desejamos no campo da saúde mental, transformações na forma como olhamos e tratamos as pessoas que se encontram em vulnerabilidade psíquica e sofrimento. É preciso problematizar e questionar posicionamentos que sustentam e promovem toda e qualquer prática de remanicomialização no país. Esta é uma luta de todos os cidadãos brasileiros.

*Mudança de mentalidade, de posição social da loucura, né? Deixar de ser um problema de médicos, de psicólogos e ser um problema do mundo. A loucura precisa ser um problema do mundo. (SUJEITO 7)*

## 2. Entre os processos formativos e o ser leigo: Onde está a potência do Acompanhamento Terapêutico?

Inicialmente o AT era solicitado para um trabalho de “vigilância”, com o objetivo de circular com o paciente pela cidade e garantir que o sujeito cumprisse o programa terapêutico. Mas, com o tempo, o AT passou a reclamar um reconhecimento para o caráter clínico da sua prática, reconhecendo que o vínculo e a escuta que aconteciam naquelas andanças com o acompanhado tinham o potencial de uma ação clínica (REIS NETO et al., 2011). O AT começou a se tornar cada vez mais informado teoricamente para dar contorno à sua prática clínica.

*Era um trabalho de sair com a pessoa pra passear, como era lá no começo, sabe?  
De sair pra passear, de andar pela cidade, de circular. Mas o AT é muito mais do  
que isso: ele é uma clínica. E, enquanto clínica, eu preciso entender alguns  
processos, eu preciso pensar clinicamente como é que se dão algumas coisas.*  
(SUJEITO 3)

Em contexto latino-americano, as primeiras referências utilizando a terminologia do acompanhamento terapêutico aconteceram na Argentina, no CETAMP: Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (HOLANDA et al., 2020). De acordo com a literatura, em meados da década de 60, iniciou-se na Argentina uma robusta prática do AT (LONDERO & PACHECO, 2006; PULICE et al., 2005; ARAÚJO, 2013). Ele foi, nessa época, uma alternativa clínica para os fracassos das terapêuticas clássicas (LONDERO & PACHECO, 2006), e um dispositivo político para subverter as diretrizes no campo da saúde mental argentina, que estavam centradas no modelo manicomial (PULICE, et al., 2005). O CETAMP, sob a direção do psiquiatra argentino Eduardo Kalina, propôs um modelo de tratamento espelhado nas práticas da “Comunidade Terapêutica” de Maxwell Jones (MARINHO, 2009), com a proposta de um trabalho que excluía o saber hierarquizado e acreditava na articulação democrática do trabalho em equipe, mas, diferentemente da “Comunidade Terapêutica”, o trabalho com os pacientes passou a ser realizado também fora da instituição (NOGUEIRA, 2009).

No CETAMP, o acompanhante que circulava com o interno nas andanças pela cidade ficou conhecido pela figura do “amigo qualificado”. Em 1985, foi publicado pelas psicólogas do CETAMP, Susana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky, o primeiro livro sobre o tema: *Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos*. As primeiras teorização e prática do



Acompanhamento Terapêutico mais próximo do que conhecemos hoje aconteceram na Argentina, e foram pensadas para a questão álcool e drogas.

*Pra começar, a primeira formulação sobre AT, ela foi na experiência de álcool e drogas. Ela não foi da psicose. A formulação primeira sobre AT que existiu enquanto AT foi um livro da Resnizky lá na Argentina, que é uma experiência com álcool e drogas. (SUJEITO 3)*

No Brasil, foi na década de 80, que o dispositivo clínico com a denominação Acompanhamento Terapêutico apareceu descrito pela equipe de profissionais do Instituto A CASA, como estratégia clínica territorial para o trabalho de base comunitária que realizavam com pacientes psicóticos e seus familiares, uma terapêutica alternativa aos tratamentos que se operavam nas instituições asilares (NOGUEIRA, 2009). Em 1991, a equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia do Instituto A CASA escreveu o livro, “A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico”. Foi o primeiro livro no Brasil com a temática do Acompanhamento Terapêutico. A teorização do AT no Instituto A Casa coincidiu e impulsionou as pesquisas que surgem na década de 90, e que foram dando maior consistência às bases teóricas do AT como estratégia de cuidado territorial no campo da saúde mental brasileira.

Sobre a evolução teórica no Brasil, Holanda et al. (2020) realizaram uma revisão de toda a produção científica sobre o AT no país, e escreveram o livro “Acompanhamento Terapêutico: clínica desenvolvimento e aprimoramento”, para apresentar os resultados desse estudo. A pesquisa verificou um fortalecimento das produções científicas após o primeiro artigo publicado em 1985 e a primeira dissertação em 1995. Especialmente a partir de 2001, mesmo ano da promulgação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica Brasileira, observou-se um volume maior de publicações. Entre 1985 e 2000, foram cinco defesas de dissertações e teses, e entre 2001 e 2013 houve 52 defesas com a temática do AT. Com relação aos artigos científicos, entre 1985 e 2000 foram publicados 17 artigos e, entre 2001 e 2013, foram 124 artigos publicados.

Quanto à produção científica no Brasil, o primeiro artigo sobre o AT foi publicado, em 1985 por José C. Eggers, na *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*: “Acompanhamento Terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos”. Nos anos de 1995 e 2002, foram defendidas as primeiras produções *stricto sensu*: 1) Em 1995, a dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC do Rio de Janeiro, defendida por Raymundo de Oliveira Reis Neto: “Acompanhamento Terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro; 2) e, em 2002, a tese de doutorado na Escola de Enfermagem da USP, em Ribeirão Preto, defendida por Ana Celeste de Araújo

Pittiá: “Acompanhamento Terapêutico com enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em reconstrução” (HOLANDA et al., 2020).

De acordo como as análises da pesquisa de Holanda et al. (2020), em seu percurso histórico no Brasil, o AT nasce como prática entre 1960 e 1970, e permanece assim até a década de 80, praticamente sem pesquisas na área. Na década de 90, começam a surgir pesquisas que procuram fortalecer suas bases teóricas, apontando a emergência, a trajetória e importância desta prática na atenção à saúde mental. E, a partir dos anos 2000, a sistematização teórica do AT cresceu exponencialmente, devido à necessidade de elaborar estratégias para promover práticas de cuidado territorial, de acordo com as políticas públicas construídas nesta época. “*O AT é uma clínica extremamente séria, extremamente complexa [...] Se eu não tiver um embasamento teórico eu vou agir a partir do que eu acho [...] fica frouxa a intervenção*” (SUJEITO 3).

O ensino do AT também se estendeu para a formação acadêmica em disciplinas, atividades de estágio ou projetos de extensão em universidades pelo país, entre elas, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade de Uberlândia (UFU), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), entre outras (PALOMBINI et al., 2019). “*Eu acho que tem seu valor. Se o acompanhamento entra nas universidades, que é outro espaço de formação importante [...] Acho muito interessante*” (SUJEITO 4).

Ainda assim, os estudos sobre o AT evidenciam importantes lacunas na literatura e a necessidade de uma agenda de pesquisas sobre o assunto que possam estabelecer contornos mais definidos sobre esta prática (PULICE et al., 2005; NOGUEIRA, 2009; SILVEIRA, 2016; SANTOS et al., 2015; HOLANDA et al., 2020). O panorama atual, no Brasil, mostra uma importante ampliação quanto ao trabalho e ensino do AT. Seu trabalho tornou-se desejável e começou a ser solicitado para muitas situações que foram além do trabalho com os psicóticos, e da função de evitar eventuais internações. A prática do AT passou a ser requisitada com êxito para casos de melancolia, depressão, fobias, adições, entre outras formas de sofrimento psíquico grave (REIS NETO et al., 2011).

Mesmo sendo requisitado para outros casos de sofrimento psíquico que vão além da psicose, o trabalho do AT continuou se deparando com situações de crise e ruptura, onde o mundo social e psíquico do acompanhado, geralmente, está destroçado. Diante da multiplicidade e complexidade das demandas que foram emergindo, se tornou cada vez mais crucial para os acompanhantes terem uma formação específica em Acompanhamento Terapêutico, para compreender e se apropriar dos aspectos éticos, políticos e clínicos que

envolvem sua atuação, e uma formação em alguma abordagem clínica, a partir de onde possam localizar o fazer clínico da sua prática (SCHARFF, 2018). A formação teórica e clínica vai permitir ao AT fazer uma leitura clínica de campo e se orientar nos momentos em que o acompanhado necessita de uma postura distinta, que vai além de ouvir e escutar, e que demanda uma ação intencional para sintetizar e integrar as experiências vividas e dialogadas com seu acompanhado (AGUIRRE, 2020).

*A pessoa entra numa crise, você tem que captar se aquilo é um delírio, ou é talvez, assim, um discurso inibitório. As intervenções vão se dar no ato. Numa, você vai concordar com a pessoa, tentar articular com o delírio, não vai contestar e tudo mais, e no outro você vai ajudar a pessoa a se questionar, a forçar ela a repensar. Então, só pra citar um exemplo, se a pessoa não souber diferenciar isso, pode ser desastroso. (SUJEITO 1)*

Embora o AT não pertença a uma área do conhecimento específico, trazendo o desafio de uma prática interdisciplinar, os processos formativos são importantes para ele manter-se contrário às práticas alienantes, e desenvolver uma clínica da exterioridade, que se exerce no extramuros e fora do tradicionalmente instituído.

De acordo com Palombini (2006), existem alguns elementos-chave para o campo do AT manter-se em uma perspectiva ética, clínica e política. A autora sintetiza estes elementos em quatro eixos fundamentais: 1º) estar alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica; 2º) construção de um espaço de continência e pertença, externo aos locais onde realiza seu trabalho, que podem ser em formatos de supervisão, grupo de estudos ou reuniões de equipe; 3º) a utilização de uma teoria clínica como caixa de ferramentas para o trabalho que contemple uma concepção de subjetividade, que concebe a constituição do sujeito a partir de uma relação de alteridade; 4º) e a disponibilidade para o encontro com o outro, tanto por parte do acompanhante, quanto pela pessoa a ser acompanhada.

Em concordância com a perspectiva apontada acima, Metzger (2018) vai propor alguns pontos cruciais para a formação do profissional em Acompanhamento Terapêutico. Entre estes pontos, a autora destaca: 1º) a necessidade de formação teórica em Acompanhamento Terapêutico e em alguma abordagem clínica para balizar o fazer clínico e que ajude a teorizar o próprio AT; 2º) os processos de supervisão para articulação teórico-clínica; 3º) estar implicado com o desejo de acompanhar terapêuticamente. E vai acrescentar também a importância de o acompanhante terapêutico realizar um processo pessoal de análise e/ou terapêutico como ponto de formação.

Quanto à formação necessária para trabalhar como o Acompanhamento Terapêutico, os sete sujeitos entrevistados nesta pesquisa – todos acompanhantes terapêuticos – foram unânimes em considerar os processos formativos como fundamentais para a prática do AT. Houve algumas divergências em relação ao entendimento sobre quais processos consideravam ou não como importantes. Abaixo estão as falas dos entrevistados a respeito dos elementos necessários e pontos cruciais para formação em Acompanhamento Terapêutico, citados por Palombini (2006) e Metzger (2018):

### **Alinhamento aos princípios da Reforma Psiquiátrica:**

Sujeito 1: *[...] fazer as pessoas circularem, as pessoas caminharem, as pessoas encontrarem formas de estar no mundo, de serem aceitas, de lidar com as questões que vão aparecendo.*

Sujeito 2: *[...] o movimento manicomial é de você tirar esses diferentes e excluir eles [...] o AT tentar construir mecanismos de convivência com essas diferenças, contrários à ideia de segregar e excluir.*

Sujeito 3: *[...] a gente acompanha muitas pessoas que já foram internadas [...] na Reforma Psiquiátrica, na luta antimanicomial, eu só penso que o AT contribui muito pra que as pessoas não sejam institucionalizadas.*

Sujeito 4: *Mudança de mentalidade, de posição social da loucura [...] Transformar esse hospital psiquiátrico, passar, assim, um trator e alisar o terreno, e plantar umas plantas ali. Plantar umas árvores, botar um sofá.*

Sujeito 5: *Aliados. Acho que o AT é um aliado da Reforma Psiquiátrica.*

Sujeito 6: *O AT só é possível dentro do campo antimanicomial.*

Sujeito 7: *[...] é uma ferramenta extremamente importante da Reforma Psiquiátrica ou da luta antimanicomial.*

### **Formação em Acompanhamento Terapêutico:**

Sujeito 1: *[...] eu não fiz uma formação específica, direitinho, de AT. [...] você saber como é o AT, aprender na teoria, a história, como funciona e tal. Mas outra coisa é na prática [...] Já vi muita gente que faz curso de AT, mas que depois não consegue sustentar os casos [...]*

Sujeito 2: *[...] no mínimo um curso de AT que dê subsídios pra poder pensar uma perspectiva clínica, e certamente fazer uma supervisão com qualquer abordagem clínica.*

Sujeito 3: *Sou super da bandeirinha de que precisa ter uma formação em AT.*

Sujeito 4: *A minha formação foi muito tateante e muito fazendo. Então, eu trago uma marca disso. Eu gosto disso [...] Então, eu, por exemplo, formo muita gente. Mas formo, assim, não*

*formo a partir de um curso de AT, ou a partir de uma formação em AT [...] Eu formo trabalhando, né? E, de uma certa forma, supervisionando, estando próximo da pessoa, do caso, etc. e tal. Então, na real, é assim que eu faço.*

*Sujeito 5: Então, acho que é muito potente a ideia da formação do AT com outros acompanhantes terapêuticos. Acho muito legal isso.*

*Sujeito 6: Então, é tudo muito importante. A formação formal, a graduação de origem, a abordagem, cursos extras. Acho que tudo que vai te dar ferramentas, leituras de fenômenos, pensar intervenções, pensar terapêuticas.*

*Sujeito 7: [...] eu acho que na formação em AT, ela não pode ser restrita ao público psi [...] Acho que ela se torna uma formação muito mais rica se ela for mais aberta. Porque eu acredito, particularmente, na transversalidade dos saberes e práticas [...] Agora, a formação em AT, eu acho que ela, como, qualquer outro processo de formação, eu acho que seria mais interessante se seguisse os parâmetros de uma educação permanente em saúde.*

#### **Ter uma abordagem clínica que contemple uma noção de subjetividade:**

*Sujeito 1: [...] eu fui aprendendo muito a partir da leitura de Heidegger, essa galera aí da fenomenologia [...] Acho importante que se tenha um olhar clínico, que se entenda que ali se tem uma dinâmica [...] Que se possa entender o sentido das relações.*

*Sujeito 2: [...] uma abordagem clínica, uma formação que dê uma compreensão mais ampla sobre questões da subjetividade humana.*

*Sujeito 3: E sobre a abordagem, eu acho que é importante também ter uma abordagem. Por que é importante? Pra direção do tratamento. Se não, a gente fica fazendo qualquer coisa. É muito diferente quando eu penso a partir da psicanálise uma intervenção. Eu estou pensando clinicamente naquele caso e vou pensar as intervenções a partir disso.*

*Sujeito 4: A questão é os saberes que você tem, sejam eles quais forem, eles vão compor o teu acompanhamento. A questão é você saber que, por exemplo, a tua capacidade, a tua leitura clínica na rua, na hora que você sai na rua.*

*Sujeito 5: Acho que tem que ter sim uma formação que leve o cuidado em conta.*

*Sujeito 6: Funciona tão bem no Brasil o jeito que a gente está trabalhando, com comprometimento, com estudos teóricos e clínicos variados, né, você viu, de várias abordagens, de várias áreas de formação.*

*Sujeito 7: Então, eu acho que é legal também. Acho que a teorização dá luz. Ela joga uma luz sobre a prática. Acho que isso é interessante.*

### **Supervisão para articulação teórico-clínica:**

Sujeito 1: [...] aprendi muito com supervisão, discussão clínica dos casos e tal [...] Mas acho que a supervisão, a discussão clínica dos casos com quem já trabalha com AT, eu acho isso bem importante. Porque ajuda a pensar situações muito específicas, né?

Sujeito 2: [...] certamente fazer uma supervisão com qualquer abordagem clínica é bem importante.

Sujeito 3: Então, pra mim é assim: a formação é super importante em AT, a supervisão é essencial [...] Depois que eu fiz algo, eu tenho que pensar e, aí, a supervisão, pra mim, é essencial.

Sujeito 4: Quanto a essa questão da supervisão, acho que, aí, é uma questão importante [...] Essa supervisão, pra mim, ela pode ser uma supervisão coletiva, ela pode ser uma supervisão em grupo, ela pode ser uma supervisão individual. Acho que é importante a pessoa ir trocando. Sempre vendo de alguma outra perspectiva do caso que ela está acompanhando.

Sujeito 5: Acho a supervisão nos primeiros acompanhamentos imprescindível.

Sujeito 6: A supervisão é muito importante.

Sujeito 7: Em relação à supervisão, primeiro, eu não gosto dessa palavra. Essa palavra, ela tem uma raiz muito autoritária, né? Então, não gosto. Eu acho que as rodas com os acompanhantes terapêuticos são muito boas. Por quê? Porque elas nos possibilitam a troca. O ser em grupo. A troca entre os acompanhantes é muito profícua, muito potente.

O Acompanhamento Terapêutico é uma estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que estejam vivenciando alguma situação de vulnerabilidade, com rupturas psíquicas e sociais graves, e que levam a um sofrimento clinicamente significativo. “Eu não glamourizo esse ofício, não romantizo, porque eu acho que é perrengue, é trabalhoso, tem situações bem limites, bem difíceis” (SUJEITO 6). É estar em um campo que apresenta exigências que vão muito além de uma clínica tradicional.

*O AT é uma situação um pouco mais complexa do que o consultório, né? Acho que envolve um pouco mais de perigos, inclusive. Não sei se perigos, mas talvez o risco é maior. Porque você está solto num ambiente com as variáveis muito menos controladas. (SUJEITO 2)*

*O profissional fica despido [...] É você lá almoçando com a família, almoço de família em um dia de semana, sabe? [...] Com o paciente é isso, você tá no ambiente dele, no quarto dele, na sala, andando na quadra dele, pela cidade. (SUJEITO 1)*

Trabalhar como acompanhante é estar aberto para se deparar com situações imprevistas, que demandam outras leituras e criações que estão para além dos especialismos. “*Você precisa de toda uma leitura do tempo, você vê se vai chover, se não vai chover. Você tem uma leitura da rua, se aquela rua é mais perigosa, menos perigosa*” (SUJEITO 4).

Os processos formativos não fazem sentido se não há o desejo de acompanhar, se não há uma disponibilidade para estar nesta clínica que se faz em movimento, com a circulação social, uma clínica do acontecimento e das experimentações na arte de viver. A disponibilidade para o encontro e para estar com o outro são fundamentais para o Acompanhamento Terapêutico (PALOMBINI 2006; METZGER 2018).

Abaixo, algumas falas que simbolizam esta disponibilidade para estar junto e fazer com o outro. Nas falas podemos observar também o vínculo afetivo de muita proximidade que se estabelece quando as relações são menos hierárquicas e mais horizontais:

*E, daí, você vai brincar, você vai fazer as coisas juntos. Então, estar entregue para a atividade, fazer algo junto, isso é muito importante.* (SUJEITO 1)

*É isso. Quer jogar bola, vamos jogar bola, quer andar num lago, vamos andar no lago, vou rir junto, às vezes conto da minha vida também. Na verdade, eu acho que é muito difícil ser acompanhante terapêutico. Apesar de ser uma delícia.* (SUJEITO 3)

*Eu já fui fazer um AT que eu não tinha onde deixar meu filho e falei assim: Cara, eu tô com o meu filho aqui, deu um problema e eu não tenho muito o que fazer. Aí ele: “Traz ele aí, então.”. Aí nós três fomos caminhar na beira da praia. Às vezes eu trago aqui na sacada de casa. Digo: Cara, tá chovendo, não dá pra caminhar. Até eles já falam: “Ah, vamos lá na tua casa, então, tomar um café, fumar um cigarro na sacada.”.* (SUJEITO 5)

*Eu tenho aprendido a lidar com situações aparentemente insolúveis, suportá-las, encontrar saídas, mesmo que pareça que em determinadas situações não tem. Tenho aprendido muito com eles e isso me dá muito prazer. Eu sempre saio e volto pra casa sentindo o cheiro deles. Eles estão comigo. Eu termino o meu serviço e eles continuam comigo.* (SUJEITO 7)

O roteiro de entrevista não questionou os entrevistados sobre a importância do processo terapêutico ou analítico para quem trabalha com Acompanhamento Terapêutico. No entanto, alguns entrevistados entendiam que alguma forma de processo terapêutico pessoal deve fazer parte dos processos formativos do AT:

*E acho que seria bom também a pessoa ter um processo terapêutico próprio [...] trabalhar alguma coisa pessoal que pode suscitar, né? [...] é legal também a pessoa estar trabalhando, olhando para as próprias coisas, os medos que pode estar suscitando, né? (SUJEITO 2)*

*A análise pessoal, ou terapia, não sei como é que você quer chamar, mas eu também acho superimportante (SUJEITO 3)*

*[...] é interessante para o acompanhante se entender no seu processo terapêutico, ir dando um lugar pra cada uma das suas coisas e usando a favor das intervenções depois. (SUJEITO 6)*

*E acho que a terapia é outra coisa importante [...] Concomitante ao trabalho de AT? Não. Não necessariamente, mas que a pessoa tenha passado, ou esteja passando. Esteja sendo beneficiada pelo seu próprio processo terapêutico. De tal forma, que ela possa lidar de uma maneira, vamos dizer assim, menos angustiante com as transferências maciças que são presentes no AT (SUJEITO 7)*

No Acompanhamento Terapêutico há também uma dimensão que vai além dos processos formativos que deve ser considerada, uma dimensão da informalidade. Desde o seu início, o AT geralmente entrava em cena quando as práticas tradicionais fracassavam, de forma que ele chegava com a liberdade para atuar num terreno onde não se sabia muito bem o que fazer. Ele era exercido por leigos com pouca ou nenhuma apropriação teórica, o que lhes garantia uma simetria e trouxe bons resultados com os sujeitos que acompanhavam, ou seja, inicialmente a ideia era que o AT tinha que ser leigo para ser considerado terapêutico (REIS NETO et al., 2011).

*Mas, tal como lá nos primórdios, eu acho que a sustentação e a potência desse trabalho estão na prática [...] as primeiras publicações no país e até fora, elas sempre foram muito mais relatos de experiência do que teorizações. (SUJEITO 7)*

Mesmo diante da evolução teórica e prática que resultaram em mudanças no modo de fazer e no perfil de quem faz o AT, a potência desta clínica também depende, em parte, da falta de saber do próprio acompanhante terapêutico, isto não pode ser negligenciado. Ele não deve esquecer o que há algo de leigo a ser preservado em seu trabalho terapêutico. Por outro lado, também é louvável aos que desempenham uma prática clínica teorizar sobre o que fazem para refinar seu trabalho (REIS NETO et al., 2011). É importante o acompanhante terapêutico desenvolver a sensibilidade de reconhecer o melhor lugar a ser ocupado de acordo com o que esteja vivenciando naquele momento com seu acompanhado.



*Eu acho que a “leiguise”, digamos assim, ajuda muito no AT. Eu acho que o formal ajuda, pensar clinicamente ajuda, mas acho que também você estar fora desses padrões também ajuda muito. Tem pessoas que às vezes agem tão naturalmente e eu penso: Nossa!, eu não faria isso, mas achei isso tão legal. Acaba fazendo cada intervenção bacana, sabe? (SUJEITO 3)*

É um desafio para o acompanhante terapêutico distinguir os momentos do acompanhamento em que deve ser o mais ele possível, e outros, onde precisará efetuar uma escuta clínica a partir de algum referencial teórico que oriente o seu fazer.

*Acho que a gente talvez tenha que dosar, não ficar clínico demais, mas também ficar leigo demais, eu acho que não é legal [...] Você tem que saber da teoria, você tem que saber como é que se faz um direcionamento clínico, mas você também tem que saber viver ali com a pessoa a situação. (SUJEITO 3)*

Os processos formativos podem buscar tecnologias de conhecimento que as pessoas já possuem em sua experiência de vida para se relacionar com a questão das drogas, com as psicoses, para que ela se relacione com o que ela for se relacionar. As formações são importantes para a prática do AT, mas não podem institucionalizar o seu fazer e se distanciar da sua essência: a liberdade. Alguns entrevistados trouxeram a preocupação com a institucionalização do Acompanhamento Terapêutico.

*Porque é isso, às vezes a gente fica tão formalizado nisso, naquilo, naquilo outro, e a gente perde a vida, o viver, o cotidiano. (SUJEITO 3)*

*A minha cautela é se isso ganha alguma espécie de corporativismo. Alguém vai se tornar aí o lugar oficial de formação do AT (SUJEITO 4)*

*Não ter um órgão que regule é a grande potência do AT também. Porque, se ele se institucionalizar, ele não vai ser capaz de se desinstitucionalizar. (SUJEITO 5)*

*E eu gosto muito do caráter transgressor e criativo do AT [...] E a gente faz coisa tão bacana aí como AT, que eu tenho medo que muita formalidade engesse um pouco [...] Então, não vejo necessidade de uma regulamentação, de uma burocratização desse trabalho, que é sobretudo o estar junto, né? Vai que a psiquiatria pega? Mesmo que seja a psicologia. E, aí, pra ser AT tem que ser dessa, ou daquela maneira. Então, eu não sei o quanto seria interessante politicamente, o quanto seria interessante terapeuticamente. (SUJEITO 6)*

Diante do histórico e do desenvolvimento teórico e prático do Acompanhamento Terapêutico (AT), ele pode ser definido na atualidade como um dispositivo de cuidado clínico territorial, de luta pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico para o resgate da sua

cidadania, como um importante elemento de cuidado na atenção psicossocial, com potência para compor as equipes que constituem a rede de atenção na saúde mental, com práticas opostas aos modelos asilares de tratamento, e alinhado às propostas da reforma psiquiátrica (ACIOLY NETO & AMARANTE, 2013; IBRAHIM, 1991; PALOMBINI et al., 2019; REIS NETO et al., 2011; SILVEIRA, 2016; SILVA & SILVA, 2006). O AT se transforma, então, em uma modalidade de clínica ampliada, que acompanha a pessoa no seu cotidiano para ampliação das suas possibilidades de vida, e para construção de novas conexões afetivas junto aos territórios em que habitam. A parceria entre acompanhante e acompanhado tem potencial terapêutico para a construção de um projeto vida que faça sentido para o acompanhado, e descortinar um horizonte de futuro que reabilite a esperança e o desejo de uma vida melhor. Podemos concluir que, para ser um acompanhante terapêutico, é fundamental buscar o conhecimento técnico, mas é essencial não perder a dimensão da humanidade.

### **3. O Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas**

O olhar contemporâneo para as questões relacionadas ao uso de drogas tem origem em diferentes sistemas de racionalidade, e cada um deles vai resultar em diferentes modos de se relacionar com o fenômeno. Conforme Schneider & De Lima (2011), há quatro concepções principais que embasam a atenção na problemática da drogadição no Brasil: jurídico-moral, biomédica, psicossocial e sociocultural. A hegemonia das concepções jurídico-moral e biomédica, fundamentalmente a biomédica, tem contribuído para que as questões relacionadas às drogas sejam abordadas de forma reducionista e fragmentada (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER & DE LIMA, 2011). Conforme Assis et al. (2013), a dificuldade de tratar o fenômeno de forma complexa, somada à relativa omissão do Estado, que não conseguiu efetivar um cuidado comunitário para usuários de drogas conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, contribuiu para a proliferação das alternativas de tratamento de caráter total e fechado, com práticas psiquiátricas e de cunho religioso.

A visão do modelo jurídico-moral retoma a concepção teocêntrica sobre loucura da Idade Média, e considera a droga o grande mal a ser combatido, pois seus poderes maléficos seriam capazes de corromper a pessoa e afastá-la do “bem”. O uso de drogas seria como uma fraqueza do sujeito que se desviou dos valores morais da sociedade e se deixou corromper pelas “paixões mundanas”. Já o modelo biomédico, rompendo com o modelo de explicação não científico sobre a loucura da Idade Média, vai se fundamentar nos binarismos saúde/doença,

normal/anormal, e trazer a concepção do uso de drogas como uma doença de origem biológica e neuroquímica (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER & DE LIMA, 2011). De acordo com os autores, o modelo jurídico-moral vai buscar práticas de repressão e controle ao uso de drogas como forma de acabar com este “grande mal”, e a visão biomédica vai priorizar as internações e terapêuticas farmacológicas. As duas concepções acreditam na utopia de uma sociedade livre das drogas, e se desdobram em tratamentos de alta exigência que têm na abstinência a única meta possível e aceitável.

As diferentes perspectivas de atenção e cuidado na área do uso problemático de álcool e/ou outras drogas apresentam controvérsias científicas, morais e simbólicas, sobre o uso de substâncias psicoativas (SPAs). Estas controvérsias se dão pela diversidade de sentidos que os grupos sociais atribuem às drogas e ao seu uso, ou seja, a forma de se relacionar e se tratar as questões relacionadas às drogas vai depender do significado social conferido a elas em um determinado contexto (SANTOS, 2018). A polissemia de sentidos relacionados às drogas promoveu um grande dissenso sobre os aspectos clínicos que estão envolvidos no cuidado ofertado aos usuários, e amplificou a disputa entre os modelos de atenção a este público. “*Na disputa de modelos quem perde é o paciente, né? Ele é que vai ser deixado de lado*” (SUJEITO 1).

O significado social das drogas, o seu estatuto social, deriva fundamentalmente da atribuição conferida a elas pelo argumento médico. Na concepção médica, o uso de SPAs é nocivo para a saúde das pessoas em qualquer circunstância. Já, no século XIX, a perda de controle sobre a vontade de beber foi descrita como doença por Benjamim Rush – médico americano que ficou conhecido pelos seus trabalhos na área da psiquiatria (FIORE, 2006). Ainda que não totalmente, o estatuto social das drogas é em grande medida medicalizado.

O desfrute dos efeitos caudados pelo uso de drogas também tem sido objeto de censura moral há bastante tempo. A embriaguez já atormentava o clero puritano desde o século XVIII, que a concebia como pecado (LEVINE, 1978). Além de ser considerado como uma doença, como a descreve o saber médico, o uso de drogas também era, e ainda é visto na atualidade, como uma fraqueza daqueles que não resistem às tentações “mundanas”.

Os discursos do saber médico e do saber jurídico e religioso exercem uma influência poderosa na forma como nos relacionamos e tratamos as questões relacionadas às drogas (SCHNEIDER, 2010). Estes discursos, ainda que contraditórios, muitas vezes se fundem e fundamentam modelos de tratamento. As estratégias dos modelos de tratamento fundamentados nestes saberes são pensadas para que as pessoas desenvolvam o autocontrole, a racionalidade e a moderação dos prazeres, pois, somente assim, poderiam ter domínio sobre suas vontades e

seus instintos, e resgatar sua liberdade e autonomia. A abstinência é considerada a única prescrição que poderia levar à cura dos comportamentos compulsivos em relação ao uso de drogas, que passaram a ser considerados como patológicos e imorais (LEVINE, 1978). Nestas perspectivas, a subjetividade do sujeito não tem muita, ou quase nenhuma relevância.

A partir dessas perspectivas, o usuário de drogas passou a ser visto como uma pessoa que perdeu a razão, capaz de ultrapassar qualquer barreira moral e legal para obter e consumir a substância. “*O drogadito, hoje, ele é meio que, assim, o novo louco*” (SUJEITO 2). A dependência de álcool e outras drogas foi se constituindo, ao mesmo tempo, uma patologia, uma fragilidade moral, e uma ameaça social, contornando a identidade social do usuário de drogas como uma pessoa doente, moralmente débil e delinquente (VELHO, 1981).

*As pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas estão muito marginalizadas, são criminalizadas. Então, é como se essas pessoas tivessem que ficar à margem*” (SUJEITO 3)

Desconsiderando os contextos social e sociológico que permeiam a vida do usuário, as drogas passaram a ser vistas como um mal em si mesmas, e todos que se arriscassem a usá-las estariam sujeitos à degradação física, moral e à desfiliação social. Visões reducionistas produzem preconceito e estigma na vida das pessoas que têm problemas devido ao uso de álcool e drogas. O preconceito é um julgamento sobre o uso, que atribui uma valoração negativa ao usuário, negando a diferença e buscando a afirmação da própria identidade do julgador como superior. O estigma, por outro lado, é como uma mancha na reputação da pessoa, um sinal de desonra que pressupõe um contágio, uma transmissão, gerando o desejo de isolamento do agente contaminador (BARD et al., 2016).

*Ele é o drogado, ele é tomado automaticamente como um incapaz, né? [...] tem uma frente de trabalho aí, que é lidar com este estigma que os terceiros podem ter em relação a ele [...] estão sofrendo por esse nível de sofrimento simbólico* (SUJEITO 2)

Preconceituosamente, o usuário de drogas passa a ser considerado como uma pessoa “desvirtuada”, inferior e incapaz, parte de um grupo indesejado na sociedade, e que precisaria ser afastado do convívio social para tratar seus “vícios”. A culpabilização do sujeito e a desresponsabilização do social são desdobramentos destas formas de pensar o fenômeno drogas.

Os problemas que o uso de álcool e outras drogas podem causar à vida das pessoas e de seus familiares é uma realidade, essas pessoas precisam ser acolhidas em seu sofrimento subjetivo. No Brasil, o impacto do uso de drogas tem causado um aprofundamento dos

problemas sociais, econômicos e psicológicos, afetando diversas pessoas de todas as camadas sociais (SÁ MATOS & BORBA, 2014). O Sujeito 2 faz uma referência sobre isto: “*Se perdeu nessa questão do álcool a ponto de se desorganizar, perder tudo e morar na rua. É devastador você ver o que pode ser essa problemática*”. Certamente não podemos nos abster desta realidade, mas atribuir o fenômeno do uso de álcool e outras drogas a uma doença e/ou desvio moral é uma explicação a-histórica e pouco crítica para lidar com o fenômeno (SCHNEIDER, 2010). A droga é uma questão, mas os problemas, muitas vezes, são outros.

*É conflito, não é problema, né. Conflitos sociais, conflitos econômicos, conflitos morais, conflitos religiosos, conflitos materiais [...] um uso em decorrência de uma questão social [...] o uso dentro da clínica do sofrimento, né, por pobreza. [...] De repente, aquele uso do crack tem muito mais a ver com a exclusão social do que com uma dependência, ou do que com um problema, ou com uma questão ligada à substância em si, mas, sim, ligada a toda a sociedade [...] Então, há a questão do álcool e outras drogas, há as questões sociais, ligadas às violências de gênero, violências étnico-raciais, e situações de adoecimento somático, de processos de luto, enfim” (SUJEITO 6)*

*E quando esse uso abusivo de álcool e drogas está ligado a uma outra questão, por exemplo, uma psicose [...] Às vezes, você vê que a droga entra no lugar de uma medicação” (SUJEITO 4)*

Podem ser muitos os fatores que levam a pessoa a buscar as drogas, e muitos os fatores que influenciam na forma como as pessoas conseguem gerenciar o seu uso. O fenômeno é complexo e não pode ser visto apenas como uma questão neuroquímica, embora obviamente ela esteja também envolvida.

As pessoas gerenciam das formas mais diversas possíveis a sua relação com as substâncias psicoativas, às vezes também com excessos que podem lhes causar sérios problemas na vida social, complicações na sua saúde física e psicológica. Mas as pessoas têm a capacidade de se responsabilizar, a imensa maioria tem esta capacidade de gerenciar o uso. Para isto, elas precisam ter melhores condições de vida como um todo, e desenvolverem maior autonomia para cessar ou gerenciar o uso, reduzindo os riscos e os danos sociais e à saúde (BAQUIT, 2020). Agora, se o contexto é um espelho social que contribui para a pessoa formar uma imagem de si mesma como fraca e doente, se o meio a trata como fraca e doente, é muito provável que ela se comporte como fraca e doente diante das situações e conflitos individuais e da vida cotidiana.

Ao trabalhar com usuários de álcool e drogas, é importante estar atento para não reproduzir sistemas de racionalidade que reforçam o estigma social e marginalizam estas pessoas. Uma atenção ampliada em saúde precisa colocar em suspenso as classificações, os preconceitos e estigmas, a descrição de sintomas e prescrições de tratamentos, para conseguir olhar o sujeito no seu cotidiano, em movimento no seu contexto (CUNHA et al., 2017). Colocar em suspenso não significa necessariamente excluí-las, mas é um ato de colocar a doença entre parênteses e o sujeito em evidência.

No trabalho do acompanhamento terapêutico (AT), é um compromisso ético oferecer morada, espaço de acolhimento e escuta ao que nos parece estranho, e garantir direito de cidadania àquilo que se desvia das normas sociais esperadas (EMERIM, 2009).

*Eu acho que o AT tem muito a contribuir com essa clínica, principalmente, na questão da Redução de Danos, a gente poder pensar na pessoa no seu território, com as dificuldades que ela apresenta, mas, ainda assim, ela podendo seguir a sua vida. Podendo trabalhar, podendo se relacionar, podendo estar com as pessoas e não marginalizadas. (SUJEITO 3)*

Ao acompanhar pessoas que estão à margem da sociedade, o AT é convocado a atuar na fronteira do pertencimento, para construir com seu acompanhado novos caminhos de emancipação social e da subjetividade, para a ampliação dos seus territórios existenciais.

Embora grande parte das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos estivessem lá por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira não conseguiu inicialmente inserir estas pessoas nas discussões para o cuidado comunitário, como aconteceu com as pessoas com “transtornos mentais”. Foi somente em 2003, que o Ministério da Saúde construiu uma política pública específica para estas pessoas na área da saúde mental, implementando o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (ASSIS et al., 2013).

Com a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), houve um redimensionamento do modelo de assistência na área das drogas, e a reabilitação foi redirecionada para uma lógica psicossocial e de reinserção social do usuário sob a perspectiva de uma estratégia da redução de danos, minimizando os riscos sociais e à saúde (BRASIL, 2015). Conforme Schneider & De Lima (2011), diferentemente das concepções jurídico-moral e biomédica, a concepção psicossocial aliada ao modelo sociocultural é uma abordagem mais crítica e concebe a drogadição como fruto das contradições sociais. O objetivo principal deste modelo não se relaciona ao combate às drogas, ou com a exigência da abstinência, o que ele pretende é dar maior plasticidade ao cuidado e propor abordagens

terapêuticas diferenciadas e inclusivas. Importante salientar que, ao prenunciar o fruto das contradições sociais, não pretendemos aqui inverter a culpabilização do individual para o social, mas pensar em responsabilização e corresponsabilização de todos os atores envolvidos.

A incorporação da análise do contexto social e cultural, para compreender o uso e as questões relacionadas às drogas, abriu novas frentes de pesquisa que foram além da medicina e de um julgamento moral sobre o uso. O foco da pesquisa em saúde mental deslocou das drogas, como sendo o agente maligno que corrompe as condutas, para os contextos de uso (SANTOS, 2018). A subjetividade do sujeito passa a ganhar maior visibilidade.

A redução de danos e o proibicionismo são os dois principais modelos de políticas sobre drogas no Brasil (ALVES, 2009). A redução de danos surgiu como uma proposta alternativa ao proibicionismo. Alinhada à lógica da atenção psicossocial, ela concentrou seus esforços para implementar uma forma de cuidado integral à saúde do usuário. As políticas proibicionistas, por sua vez, declararam guerra e buscaram combater a todo custo a oferta das drogas para alcançar o ideal de um mundo livre das mesmas (ALVES, 2009). As políticas proibicionistas nunca conseguiram efetivar sua grande promessa de alcançarmos um mundo sem drogas. Elas sequer foram capazes de reduzir o consumo ao longo da história, e acabaram produzindo o fortalecimento de grupos criminosos organizados em torno da lucratividade do comércio clandestino, e promovendo em larga escala os encarceramentos, não só dos criminosos, mas de todos os usuários de drogas ilícitas (LEMOS & ROSA, 2015). O proibicionismo é uma política que se sustenta na concepção biomédica e na concepção jurídico-moral sobre o uso de drogas, ao ponto em que a redução de danos é uma política alinhada à concepção psicossocial e sociocultural como modo de cuidado.

O AT busca construir com seu acompanhado um processo terapêutico que envolve desde a responsabilização das escolhas que se faz, até a construção possível de uma vida que se quer (MULLER-GRANZOTTO & MULLER-GRANZOTTO, 2012). É no território onde o acompanhado habita que o AT vai buscar as condições para ampliar suas possibilidades de escolher e ser, e vivenciar, assim, a transmutação do lugar de um sujeito assujeitado para um lugar de sujeito de direitos.

*O processo é muito de ajudar a pessoa a ir refletindo: ela está cansada do quê? Por que ela quer parar? Onde que ela quer chegar? O que ela quer construir? Quer parar de usar? Você vai continuar vendo os mesmo amigos, ou não vai? Vai circular nos mesmo ambientes? Não vai circular nos mesmos ambientes? O que você quer fazer? Quais são os momentos em que é arriscado esse uso, ou não, e lidar com isso e tal. (SUJEITO 1)*

Ao acompanhar usuários de álcool e outras drogas, o acompanhante terapêutico se orienta pelo desejo de reabilitar um sujeito crítico e consciente das dinâmicas pessoais e interpessoais que o levam ao uso.

As discussões propostas nesta categoria não almejam criar um discurso que descarta as internações como possibilidade de intervenção, desde que elas não estejam atreladas a uma lógica psiquiatrizante e manicomial. Há momentos em que a internação possa ser a melhor forma de cuidado para uma pessoa em sofrimento, como acontece em alguns casos de crise aguda, por exemplo.

*Claro, às vezes, você lança mão de internações. A pessoa está desandada, ela não vai conseguir parar ou organizar o uso sozinha, entendeu? Tá ali, e você vê, vai ficar sofrendo? Torrando todo o dinheiro? Não, você ajuda a pessoa a se internar [...] como você acompanha este processo de internação vai ser muito significativo [...] a internação é cheia de violação de direitos e pode ser uma experiência traumática e violenta [...] Você visita a pessoa onde ela está, quer dizer, você segue o acompanhamento lá, quando é possível. (SUJEITO 2)*

*A forma como você faz a internação [...] como você acompanha esse processo de internação é que vai ser muito significativo. (SUJEITO 1)*

Mas, de toda forma, o recurso da internação deve ser considerado somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme orienta o artigo 4º da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica Brasileira. E, mesmo quando a internação for necessária, o mais coerente é que seja priorizado algum dispositivo da rede para realizar o procedimento, por exemplo, em leitos de hospital geral ou do CAPS III ad. Devemos ainda considerar que o período de internação deve se manter até que a crise seja estabilizada e a pessoa reabilite sua autonomia para retomar seu convívio social.

O AT se utiliza da lógica da redução de danos como estratégia para compor um modo de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Ambas as abordagens diferem dos modelos que entendem o uso drogas como fraqueza ou como doença psiquiátrica, e das propostas que têm a finalidade da abstinência total e do combate às drogas (LANCETTI, 2009).

*Um discurso moral não vai permitir que a gente avance como profissional de saúde. Então, eu acho que o casamento da redução de danos com o AT, ele é muito potente, porque tem uma base de política muito semelhante, que é essa de autonomia, de cuidado, de acolhimento, de pensar projeto singular, de discussões coletivas. Não tem uma verdade imposta. (SUJEITO 6)*



O Acompanhamento Terapêutico e a Redução de Danos reconhecem a possibilidade da abstinência, e ela pode até mesmo ser desejada, quando sua terapêutica se mostrar a mais coerente para aquele momento do sujeito.

*Não dá pra entender a redução de danos como antagônica à abstinência. A redução de danos, pra mim, é que nem eu comentei antes. É a possibilidade de diálogo. Não é o contrário de abstinência. Com a redução de danos tu podes, inclusive, pensar a abstinência. Mas isso é pensado com o sujeito, não sem ele. Então, a redução de danos é uma ética de não alienar a pessoa do processo dela.*

(SUJEITO 5)

O AT, atuando pela lógica da Redução de Danos, pode considerar a abstinência como um objetivo possível, mas não uma exigência ou condição para que a pessoa possa acessar um tratamento e receber cuidados de saúde. Segundo Silveira (2016), a redução de danos está empenhada em defender o direito de acesso a serviços de saúde qualificados, e na busca de minimizar os efeitos adversos do uso de drogas, construindo atos de cuidado e autocuidado que respeitam a autonomia e a liberdade de escolha das pessoas.

*Exigir que a pessoa, para receber um cuidado, fique abstinente [...] e aquela que não consegue, vai ficar sem cuidado? [...] Falam que a gente faz apologia às drogas, é uma coisa horrorosa isto. (SUJEITO 3)*

*Então, pra mim, pensar o cuidado é pensar de forma muito concreta: Tá, qual é a questão agora? Se é possível tentar construir uma melhora na qualidade de vida, uma redução do uso. É possível para aquela pessoa? Às vezes, vai parar de usar pedra, mas vai continuar usando maconha. Se faz sentido pra ela! Eu nunca, eu não prescrevo.*

(SUJEITO 1)

O diálogo entre o Acompanhamento Terapêutico e a Redução de Danos produz uma interessante mobilidade das ações psicossociais para consolidar novos modos de produzir cuidado no território, sem a necessidade de isolar o usuário de drogas do seu meio de convívio como forma de tratamento. A aliança entre AT e RD busca olhar para as singularidades e para as especificidades de cada caso, e para a relação que a pessoa estabelece com o uso. Eles não exigem a abstinência, tampouco pretendem prescindir desta possibilidade, o foco está na reflexão de qual a melhor estratégia de atenção e cuidado para aquele acompanhado naquele momento.

*A possibilidade de encontro com esse outro que a gente quer acompanhar, ela é muito ampliada. Então, elas trabalham numa clínica da liberdade. Onde a liberdade é muito importante. E o respeito. Entendendo, então, que o encarceramento por clausura*

*adoece e entendendo que o respeito a esse outro, a esse acompanhado, é o fundamento pra poder encontrá-lo [...] É uma clínica de baixa exigência, como diz o Lancetti.*  
(SUJEITO 7)

Resgatar, fortalecer e (re)criar a relação do acompanhado com os espaços, com as pessoas e com o seu território, possibilitando-lhe o acesso a um maior grau de autonomia, é uma das grandes propostas do AT (EMERIM, 2009). Ao Realizar um AT com uma pessoa que estava internada em uma instituição psiquiátrica, relatou o Sujeito 2:

*O que a gente fez era tentar ver o que ele queria construir como uma vida, pra quando ele saísse ali da internação psiquiátrica [...] E a gente, a cada saída, tentava construir vínculos em relação a esse projeto de vida que ele queria construir [...] Então, a gente levantou, por exemplo, questões de hobbies que ele poderia ter [...] Ele queria fazer um trabalho voluntário, daí, a gente encontrou uma instituição que ele achava interessante, visitamos lá, e ele fez o processo pra virar voluntário. E foi nesse processo, nas várias saídas pra ele criar esses vínculos, que começou a estabelecer um certo programa de vida.*

A construção de um projeto de vida é reabilitar o desejo e restituir um sentido para a vida da pessoa. Schneider et al. (2017) explica que a escolha de um fim revela a forma como o sujeito se lança e se escolhe no mundo. Sendo assim, ao escolher o uso de uma substância que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central, o sujeito escolhe alterar sua condição de relação com o mundo.

*É uma forma de pôr o mundo e nele se inserir, com seus prazeres, suas possibilidades de lazer e relacionamentos, sua exigência de espontaneidade, ao mesmo tempo, com as cobranças realizadas pela própria química, que exige mais uma dose, que não o deixa acordar no dia seguinte, que o deixa “à flor da pele” e com baixo controle das emoções, assim como com as exigências realizadas pelos outros e o contexto social, como um trabalho a cumprir, horários que são combinados, afetos a serem compartilhados, cumplicidades que são solicitadas etc. É, assim, uma forma de se lançar no mundo com as exigências que este comportamento (SCHNEIDER et al., 2017, p.217),*

A clínica ampliada deve, portanto, focar na função da droga na vida do sujeito, para produzir ressignificações deste movimento do sujeito no mundo, suas escolhas e os fins que definem seu ser. Desta forma, ampliar o campo de possibilidades de ser, redesenhar seu projeto de vida é fundamental para o processo de recuperação.

*É criar um outro roteiro, outros vínculos, outras instituições que ele possa frequentar, outros lugares que ele possa ir, coisas que possam ganhar força, que ele possa colocar a libido, a energia.* (SUJEITO 7)

*A pessoa, às vezes, está com um uso conflituoso de álcool e outras drogas e não consegue mais nenhuma alegria na vida, nenhum prazer a não ser usar, sei lá, cocaína ou álcool, o que for. Então, de repente, vamos pensar, o que você gosta além de usar? Quando você não está usando cocaína ou não está fumando ou não está bebendo, o que seria interessante? (SUJEITO 6)*

No Acompanhamento Terapêutico, o acompanhante caminha com o acompanhado pelos espaços do mundo compartilhado, resistindo à ação subjetivante dos dispositivos normalizadores (FOUCAULT, 2006), como estratégia de ampliação das contratualidades sociais e para construção de um novo projeto de vida, que contemple novos roteiros geográficos de circulação, e uma gestão responsável dos prazeres.

A ampliação do território alarga as possibilidades existenciais e abre a oportunidade para o acompanhado vivenciar uma experiência de pertencimento com novas conexões afetivas. Todavia, requer ao AT o cuidado para não impor sobre o acompanhado uma ressocialização compulsória. Como alerta Leal et. al (2006), a ignorância sobre os diferenciados modos de relação do sujeito com o mundo pode nos levar a investir justamente nas dificuldades que podem ser centrais para eles, e empurrá-los ainda mais para o campo do sofrimento. As ações de cuidado devem ser pensadas a partir da experiência vivida com a pessoa acompanhada em seu “próprio mundo”, e não como um treinamento de habilidades sociais que busca o ajustamento social para uma inclusão idealizada.

O AT com usuários de álcool e drogas também pode desempenhar uma função mais cuidadora. Ao trabalhar com pessoas que querem parar de usar drogas ou com aquelas que desejam fazer um uso menos nocivo, o AT pode funcionar como um suporte protetivo – não proibitivo – ao uso de substâncias, principalmente, nos momentos em que seu acompanhado esteja mais vulnerável e exposto ao risco, sem a necessidade de isolar para “tratar” (REIS NETO e al., 2011). Resistir à tendência de isolar para tratar é uma intervenção clínico-política com importantes efeitos terapêuticos, especialmente, diante dos casos onde a internação seria desnecessária.

*Naquele processo ali de usar aquela droga e tudo mais, que ela perde totalmente, digamos, um protagonismo com relação àquilo [...] vira um buraco negro. Parece que ela é sugada [...] tentar delimitar e entender o que talvez possa ser que desencadeie isso [...] saber os gatilhos [...] se ela passar do limite, ela não vai mais conseguir se controlar mesmo [...] então, é preciso um certo limite, evitar certos grupos. (SUJEITO 5)*

Aqui temos o que Messas (2015) chama de existência fusional, quando o ser da pessoa fica aprisionado na instanteinização da vida, em função da busca dos efeitos que a droga produz e da função dela em sua existência. A pessoa afunila seu modo de ser no aqui e agora e rompe com perspectivas de futuro e do reconhecimento de seu passado, fissurando laços e redes sociais. Por isso mesmo, em termos clínicos, é fundamental romper com este afunilamento, construindo com o usuário ressignificações, novas possibilidades e tessituras, pequenos futuros, que pouco a pouco devem ganhar fôlego para a reconstrução do projeto de vida.

A posição de cuidador que o acompanhante terapêutico pode assumir em algumas situações é muito importante. Este cuidado não deve ser confundido com uma função de vigia ou babá, similar à função do “antigo” auxiliar psiquiátrico. *“O que é possível e que cuidados são necessários? Às vezes são coisas simples, é se alimentar”* (SUJEITO 6). Ao oferecer este tipo de suporte, uma série de trocas significativas também acontecem ente o acompanhante e seu acompanhado, e que podem levar a transformações benéficas do ponto de vista clínico (REIS NETO e al., 2011). Estas coisas simples, como se preocupar com o sono, alimentação, hidratação, higiene, onde você às vezes tem que dar um banho na pessoa, levar para cortar o cabelo, ajudar a cortar as unhas, ajudar ou ensinar a preparar os alimentos, incentivar o hábito de tomar água com regularidade, entre outras, é um ato de compartilhar uma humanidade com aqueles que estão em sofrimento. Isto é muito! É mediar o reconhecimento do usuário como pessoa integral, no meio de outras pessoas.

É importante salientar que, no trabalho de acompanhamento aos usuários de drogas, o acompanhante terapêutico não deve assumir uma posição de tomar as decisões pela pessoa a quem presta assistência, mas estimulá-la a assumir gradativamente a resolução de conflitos que se apresentem no concreto do seu cotidiano, e acompanhá-la neste processo. O objetivo é que o acompanhamento permaneça o tempo necessário para que o usuário retome o “leme” de sua própria vida, de forma que o acompanhante vá saindo de cena lentamente durante este processo (CUNHA et al., 2017). Em cada acompanhamento temos um caso, em cada caso há uma história de vida, a partir de onde se pode desenhar um projeto terapêutico mais alinhado com as particularidades de cada acompanhado. Na concepção do Sujeito 2:

*O acompanhante deve buscar uma aproximação, uma vinculação, uma horizontalidade. Quebra aquela coisa meio hierárquica: pô, eu tenho uma cara aqui que é o cara que é o dono do saber e eu sou o louco que precisa ser cuidado. A coisa fica mais igualitária.*

É um grande desafio redirecionar a noção de saúde da esfera individual para uma compreensão que concebe a saúde como produto do coletivo. Uma parcela importante dos programas e projetos terapêuticos de saúde mental, mesmo os que se autodeclaram como extra-

hospitalares, acaba não dando prioridade para uma terapêutica de inserção na comunidade, e se fixando aos tratamentos centrados nos consultórios e espaços internos dos serviços, resultando em um empobrecimento do cuidado (FIORATI, 2013).

No atual momento político do nosso país, com a retomada de uma política conservadora e excludente das diferenças, as fronteiras sociais sorratamente têm-se alargado como estratégia para separar e excluir. O trabalho do Acompanhamento Terapêutico, na perspectiva de oferecer um cuidado no território para as pessoas que fazem uso problemático de álcool e/ou outras drogas, se dedica a subverter a noção de fronteira justamente para o lugar do encontro entre as pluralidades dos diferentes modos de ser, quiçá um lugar da hospitalidade e do pertencimento.

#### **4. O AT em Rede e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

##### **As redes pessoais significativas e seus vínculos**

Trabalhar com as redes sociais que fazem parte da vida do usuário é uma das intervenções centrais da proposta do Acompanhamento Terapêutico. O AT se torna mais potente quando consegue trabalhar em rede.

*Primeiro, que eu acho que o AT não existe sem essa rede. Se a gente não fizer essa costura com a rede, o trabalho do AT não flui. Eu costumo entrar mesmo na vida da pessoa. Costumo conhecer ali toda a rede. Então, conhecer os vizinhos, conhecer a família; então, eu procuro ir com a pessoa em algumas consultas, por exemplo, quando tem psiquiatra, quando tem psicólogo também. (SUJEITO 3)*

O AT busca (re)construir com o acompanhado uma rede de vínculos que possam ser aliados no processo do mesmo. “*Eu tento ao máximo sempre conhecer as pessoas do convívio desse acompanhado pra poder ver se eu posso fazer parceria ou não, sabe?*” (SUJEITO 5).

Isto porque o uso de álcool e outras drogas envolve fenômenos comportamentais, fisiológicos, cognitivos, afetivos e sociais, que se articulam numa rede complexa de relações conexas e diferentes níveis de mediação e determinação. Esta rede de envolvimento pode desencadear um desejo poderoso de consumir a droga e uma grande dificuldade de controlar seu consumo (ASSUMPTÃO, 1994). A forma de se relacionar com a substância psicoativa pode gerar um importante sofrimento psíquico para o usuário e para as pessoas que o cercam. A rede social significativa e as diversas funções que seus membros podem representar, como a de apoio emocional (interação com empatia, estímulo e apoio), conselhos (proporcionar modelos de papéis), regulação social (interações que lembrem as responsabilidades), ajuda de

serviços (ajuda com base em conhecimento de especialistas) e de acesso a novos contatos (que abram as portas para a conexão com pessoas e redes) (SLUZKI, 1997), tornam-se um fator fundamental para que o usuário possa retomar o controle das suas ações e (re)organizar um projeto com menos riscos à saúde e com mais qualidade de vida.

É a partir do acompanhado que estas redes vão sendo organizadas na ação do AT, do seu desejo e das suas necessidades. É o usuário quem escolhe onde vai querer inserir o acompanhante e com quem vai interagir. *“Você vai de acordo com o que ele vai abrindo pra você, do que ele vai querer te incluir”* (SUJEITO 1).

Há muitas situações que podem ser constrangedoras para o acompanhado. Então, ele vai fazendo estas escolhas, de qual lugar o acompanhante vai ocupar. Estas escolhas podem ser discutidas entre acompanhante e acompanhado, podem ser sugeridas pelo acompanhante, ou pelo acompanhado, para que sejam escolhas mais conscientes e coerentes do ponto de vista terapêutico:

*Eu tenho que ver com a pessoa o lugar que também ela quer que eu ocupe [...] Algumas pessoas vão me apresentar e vão dizer: “Ah, esse aqui é o meu psicólogo, tá aqui me acompanhando.”. Algumas pessoas vão falar: “Não, ó, se alguém perguntar, você é meu amigo, tá?”* (SUJEITO 2)

*Mas eu acho que é um ponto para estar muito atento: que relações fazem sentido, que relações de alguma forma nutrem aquele paciente?* (SUJEITO 1)

A construção das redes tem que fazer sentido no processo do Acompanhamento Terapêutico. O acompanhante precisa identificar as pessoas e serviços que estão disponíveis para compor as redes do acompanhado, e que façam sentido naquele momento. Tecer redes não é sinônimo de ressocialização compulsória. É resgatar, reconectar, refazer laços que sejam significativos no processo do acompanhado, respeitando o tempo do usuário:

*Não dá pra dizer assim: Você precisa falar com todo mundo. Mas é entender o que aquele processo está pedindo, o que aquele acompanhamento está pedindo. Às vezes, ele quer ficar mais reservado com acompanhante, aí, só você e ele, com poucas intervenções, com uma ou outra pessoa mais próxima. E, às vezes, precisa abrir mesmo, trabalhar com todo o entorno, vai depender muito do que a situação está pedindo,* (SUJEITO 6)

Diferentes fatores vão influenciar na forma de agir com a rede do acompanhado, em cada caso se apresenta uma situação diferente, inusitada, e deve ser pensada em suas particularidades. As posições que o acompanhante vai ocupar diante dos vínculos do acompanhado devem passar por um diálogo entre esta dupla. Muitas vezes não é necessário

nem oportuno ser apresentado como “terapeuta”, isto não significa que o acompanhante não estará ocupando um lugar terapêutico, mas apenas em respeito às escolhas do seu acompanhado, como aparece no exemplo que deu o Sujeito 1, sobre um dos seus acompanhamentos: *“agora eu já tenho 38 anos, o ‘moleque’ tem 21 anos, então, se eu fosse mais novo, eu ia com ele junto encontrar os amigos. Mas eu não sou mais um amigo, antes, talvez, ele ficaria mais à vontade para apresentar. Agora eu senti um pouco essa diferença”*.

A reaproximação de vínculo com a família, sempre que possível e desejável por ambas as partes, é muito valiosa, pois a família é uma importante fonte de suporte e afeto para a pessoa que está em sofrimento devido ao uso problemático de drogas. A família encontra-se ligada ao desenvolvimento saudável de seus membros, os tratamentos que melhor abrangem o fenômeno do uso de drogas deveriam envolver também a família (SCHENKER & MINAYO, 2004).

*É o que eu vi na experiência, assim, ligada com o uso conflituoso de drogas e álcool, às vezes as pessoas vão saindo de perto, né? Porque não dão conta de algumas situações. Então, aí, são casos mais solitários, que socialmente essas pessoas acabam sendo excluídas um pouco do ambiente familiar. Especialmente das drogas ilícitas, porque tem uma questão moral aí também, né? Acabam ficando às vezes muito excluídas dos processos familiares. (SUJEITO 6)*

*O trabalho do AT com a família é fundamental. (SUJEITO 7)*

*É raro chegar um paciente de AT que não chegue com uma galera. Ele não chega sozinho. Chega com família, com marido, com filho, esposa. Então, eu vou trabalhando muito com quem chega. Incluo, inclusive, em atendimentos, em intervenções de família e trabalho junto. Aí, eu já entendo que estou acompanhando a família toda. Aí, entendo que estou acompanhando a casa. (SUJEITO 4)*

A família também precisa de cuidados. Para conseguir oferecer cuidado e suporte para a pessoa que está buscando ajuda para o uso problemático de álcool e drogas, a família precisa estar em condições emocionais de ajudar. O convívio com uma pessoa que está fazendo uso abusivo de drogas produz uma série de efeitos negativos também nos familiares, eles também sofrem. A psicoterapia individual, de casal ou familiar, os grupos terapêuticos, os grupos de autoajuda para familiares de usuários, entre outros, podem ser modalidades terapêuticas de cuidado para os familiares com bons resultados. São espaços de fala e de escuta, onde podem encontrar orientação e algum acolhimento para suas dores.

*E, às vezes, a família está cansada também, porque tem coisas que são pancada(!) Esgotada, não consegue viver os seus próprios processos. Às vezes processos de medo, de dor, de revolta, de vergonha, de culpa, de raiva, né? [...] também precisam de*

*acolhimento, também precisam de encaminhamento, também precisam de algum tipo de suporte.” (SUJEITO 6)*

O Acompanhamento Terapêutico, de uma certa forma, acaba ocupando uma posição de cuidado a toda a família, embora o foco seja o acompanhado. A disponibilidade da família para este tipo de inserção do AT é bastante efetiva. Os membros podem identificar algumas formas de se relacionar com o usuário, carregadas de demandas que podem piorar ainda mais a situação. A participação da família é muito importante no tratamento do usuário álcool ou drogas, pois a mudança de um reverbera em todo o sistema (SOUZA, KANTORSKI & MIELKE, 2006). Matos, Pinto & Jorge (2008) colocam a família como forte aliada no processo de reabilitação, é um elemento com poder de contribuir muito no resgate do usuário de drogas.

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo clínico que trabalha para reunir uma rede de apoio solidário no acompanhamento aos usuários de drogas. Às vezes, as redes estão muito empobrecidas e o AT pode trabalhar para esta reconstrução. Todo sujeito pertence a uma rede social, e esta é fonte de recursos, informações e apoio emocional, que promove a saúde do indivíduo (SOUZA, KANTORSKI & MIELKE, 2006).

*Acredito que todo mundo tem rede. Mas, às vezes, a pessoa está um pouquinho fora.*

*Talvez a gente vá fazendo essa costura pra poder auxiliar, né? (SUJEITO 3)*

*Às vezes, eu tenho que conversar com o vizinho, genro, nora e neto, e enfim [...] Se é uma criança, com o professor, médico, assistência social, fisioterapeuta... (SUJEITO 6)*

O Acompanhamento Terapêutico vai costurando uma rede de apoio social com capacidade de fortalecer a autonomia do usuário sobre a própria vida. O acompanhante precisa estar aberto ao acontecimento, ao inesperado, pois está mergulhado no mundo da vida com seu acompanhado, sendo que o *setting* terapêutico do AT é “móbile”:

*Conheci uma tia, quase mãe dele, que mora em outra cidade. Ela quis me conhecer [...]*

*Aí, era uma chamada de vídeo. A gente se viu, conversou, ela queria muito entender essa história de AT, de redução de danos, porque ela estava com muito medo de que, sei lá, que eu fosse um bicho grilo muito doido, né? Aí eu disse pra ela: Não, vou te passar uns textos e tal, pra tu conhecer um pouco melhor o trabalho. Acalmei ela, por estar em outra cidade, ela estava muito preocupada com o que estava acontecendo. (SUJEITO 4)*



### **As redes de saúde, de assistência social e de atenção psicossocial**

As redes de saúde e socioassistenciais também são fontes importantes de cuidado e auxílio ao usuário de drogas. Estas redes podem oferecer acolhimento e conhecimento técnico acerca da problemática. Os especialistas são uma importante fonte de apoio na rede social de muitos pacientes, prestando ajuda de serviços com conhecimentos específicos (SLUZKI, 1997). O AT vai ajudando a identificar as necessidades do acompanhado que podem receber atenção na rede especializada. Sendo assim, o envolvimento e a colaboração entre as redes disponíveis fortalecem o apoio ao usuário. O AT atua diretamente com os vários atores envolvidos no processo do usuário:

*Várias vezes, a pessoa precisa de atendimento psicológico, mas ela não está sendo atendida. Aí a gente faz alguma indicação, a gente vai junto, a gente articula, sabe? Às vezes, a gente entende que ela precisa, sei lá, frequentar alguns lugares.* (SUJEITO 3)

*Fui na Pínel. Fui visitá-lo lá, conheci um pouco do cotidiano dele ali dentro. O cotidiano pobre da instituição psiquiátrica, que é só rotina e rotina. E ele poder falar disso comigo e ficar muito feliz que alguém foi lá ver ele, sabe?* (SUJEITO 6)

É importante um interlocutor entre as diferentes redes, para que elas possam dialogar, mesmo com seus diferentes saberes. É um trabalho de interconectar eu-mundo, eu-outro, na busca ativa de aliados:

*Então, a dificuldade, às vezes, de fazer essa conversa ser interessante pro processo do acompanhado. E às vezes é muito legal, que a gente vai trocando as figurinhas e vendo o que dá pra... ainda que com discursos diferentes, mas encontrar pontes de apoio.* (SUJEITO 1)

Da mesma forma, o AT vai mediando e auxiliando na articulação e no diálogo entre a família e os serviços especializados disponíveis na rede. “*Daí, vai lá, conversa com a assistente social, conversa com a equipe, ajuda a passar pra assistente social qual é a história da família, mostrar possibilidades em que a assistente social pode fazer algum cuidado com a família, então é um articulador*” (SUJEITO 1).

Sobre a rede de cuidados para os usuários, o CAPSad foi o serviço especializado mais citado pelos entrevistados como fonte de apoio profissional, sendo considerado um importante aliado para os cuidados dos usuários e uma importante articulação para o trabalho do AT.

*Algumas vezes eu já senti de ir junto com a pessoa até o CAPS, encaminhar justamente pra fazer uma construção de vínculos e de uma rede.* (SUJEITO 2)

*A gente vai com os acompanhados quando tem a necessidade, por exemplo, de utilização de um CAPS.* (SUJEITO 3)

*Os CAPS, os CAPS AD e a própria UBS, o consultório na rua. Tem muita coisa legal. Então, socialmente estaria mais ligado, o CAPS AD. (SUJEITO 6)*

*Acho que é uma coisa importante quando você está trabalhando com AT dentro da rede, da RAPS, da rede socioassistencial. (SUJEITO 1)*

No entanto, nos últimos anos, este serviço público, assim como toda a rede SUS, vem sofrendo ameaças do governo conservador que assumiu o poder no Brasil, o que traz uma grande ameaça para a atuação do profissional de AT. Houve uma constante transformação da RAPS até o ano de 2015, com incremento nos processos de trabalho e de número de serviços que ampliaram o acesso ao cuidado territorial para as pessoas com sofrimento psíquico (DELGADO, 2019). Porém, o desejo pelas ações de isolamento do sujeito como forma de tratamento na saúde mental nunca deixou de existir, as perspectivas signatárias da tese psiquiatrizante sempre estiveram presentes como movimento de contrarreforma. As novas políticas de saúde mental, a partir de 2017, trazem novamente esta perspectiva à tona.

As medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016, no governo Temer, e aprofundadas nos primeiros meses do governo Bolsonaro, e seu impacto em alguns indicadores da política de saúde mental, permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica. Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás (DELGADO, 2019, P. 1).

Retrocedemos à primazia do discurso médico como único e autoritário, que retira do centro das políticas o usuário e suas necessidades. Segundo Walter Oliveira, à época presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, a portaria foi uma mudança praticamente clandestina, feita às pressas, de forma intempestiva e truculenta, com interesse de determinados grupos econômicos envolvidos no “mercado da loucura”, dentre eles, as Comunidades Terapêuticas (CTs) (ABRASME, 2018). As Comunidades Terapêuticas são reforçadas pela portaria como serviço de referência no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Álcool e drogas passaram a ocupar o lugar da loucura na “Indústria da Loucura” e a Comunidade Terapêutica vem como carro-chefe nos processos de remanicomialização, mercantilização, e privatização na área da Saúde Mental, com o papel de higienização da sociedade daqueles considerados supérfluos e irrelevantes, e que podem ser descartados por uma sociedade excludente.

*É que o drogadicto, hoje, ele é meio que, assim, o novo louco. (SUJEITO 2)*

*A Comunidade Terapêutica virou um depósito de pessoas. (SUJEITO 5)*

### **Construção de redes alternativas ao cuidado manicomializado e o PTS**

A construção de redes alternativas é mais uma importante estratégia para defender o modo de atenção psicossocial e uma forma de cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas. A partir desta concepção, todas as ações que possam, de alguma forma, ser inseridas neste cuidado em rede são bem-vindas.

*O outro lado que eu acho interessante de pensar é que, de alguma forma, a minha rede de amigos ou a minha rede familiar, muitas vezes, também se insere no acompanhamento. (SUJEITO 4)*

*É importante a capacitação de todos os profissionais envolvidos. Porque, às vezes, tu faz capacitação no CAPS e esquece o porteiro, esquece a moça da recepção. Ou faz na escola e esquece a merendeira, esquece uma pessoa da segurança, da limpeza. Então, assim, todo mundo que vai ter contato com as pessoas do serviço, seja da educação, da saúde, da assistência, teriam que ter essa leitura pra pensar o acolhimento das pessoas em vulnerabilidade. (SUJEITO 6)*

Aqui, partimos do princípio de que todo ser humano tem a capacidade de desenvolver a escuta e o acolhimento a outro ser humano que esteja sofrendo. Na prática, as redes alternativas podem funcionar com bastante efetividade:

*Estava lá, chegou um cara surtado, que tinha acabado de usar. Não tinha nenhum profissional ali. O porteiro. O porteiro tinha uma sensibilidade. Ele saiu de lá e falou assim: “Amigo, pode ficar calmo, que ela vai te atender, só um minutinho. Senta aqui, que eu vou te trazer uma água. Mas pode ficar tranquilo, que ela vai te atender e vai te ajudar.” O cara já acalmou, já sentou. E eu estava sentado esperando também. (SUJEITO 1)*

A ação na comunidade, no território existencial do usuário, foi introduzida na área da clínica psicossocial com vistas a humanizar o atendimento em saúde mental. O trabalho junto à comunidade tem o objetivo de desenvolver potencialidades individuais, grupais e coletivas, com a visão de prevenção e promoção da saúde (SAWAIA,1999). No Acompanhamento Terapêutico a comunidade é considerada, também, como importante fonte de apoio social aos usuários de álcool e outras drogas.

*Então, acho que, assim, com a comunidade há muito o que se fazer, há muito o que se criar. É por aí. (SUJEITO 7)*

*Conhecer e usar quem tem uma boa inserção com a pessoa que a gente está acompanhando, no bairro, no centro comunitário, na igreja, no terreiro que a pessoa possa frequentar, etc. (SUJEITO 6)*

É dialogando com o acompanhado e com a família, com os amigos, com a comunidade e com outros profissionais, com todos aqueles que possam estar envolvidos com o acompanhamento, que vamos abrindo espaço para a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) que possa atender as demandas de cada caso em suas particularidades. O projeto vai sendo construído no diálogo entre os atores que possam, de alguma forma, constituir-se como dispositivo terapêutico no acompanhamento.

O projeto terapêutico singular tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores (HORI & NASCIMENTO, 2014). É fundamental que as ações do AT estejam inclusas dentro do PTS do usuário e retroalimentem o seu desenho, conforme vão se consolidando as ações do acompanhamento:

*De tempos em tempos, também eu marco encontros com a família, junto com o acompanhado, pra gente poder conversar, pra gente poder pensar estratégias, que é o PTS. De tempos em tempos, também, eu marco essa reunião com toda a equipe junto, com todas as pessoas que acompanham, pra gente poder conversar e repensar o PTS. (SUJEITO 3)*

As demandas presentes no AT nem sempre são explícitas. Na grande maioria das vezes, existem questões que ficam subjacentes aos relatos. É importante para o acompanhante efetuar uma escuta clínica para ir identificando estas questões, colocando-as sobre a mesa, elaborando sobre elas, na medida em que são importantes para comporem o PTS e serem trabalhadas no AT. É importante pensar terapêuticamente os caminhos a serem seguidos no Acompanhamento Terapêutico, para construir um projeto que faça sentido diante das demandas que se apresentam.

*E, daí, você vai construir essa perspectiva, o modelo, o projeto terapêutico a partir disso. Escutando a demanda dele, escutando a demanda do paciente, mas não só a partir do que ele te demanda, do que ele fala pra você. Do que você vai vendo que vai sendo necessário. (SUJEITO 1)*

*Então, a pessoa é que vai começar a falar, e aí que eu vou poder ver como é que ela descreve, as palavras que ela usa, esse universo simbólico. (SUJEITO 2)*

*A gente analisa como está o presente, pra gente ir pensando em que direção que a gente tem que seguir. (SUJEITO 5)*

Por isso, é muito importante a participação ativa do acompanhado neta construção. Não dá pra construir um projeto de futuro sobre ele sem a participação dele. Aqui, entra a corresponsabilização, que é tão valorizada no modo psicossocial:

*Então, eu vou conversar com a pessoa, ouvir o que a pessoa quer e tudo mais.*

(SUJEITO 2)

*Eu construo dessa forma, a partir dessa conversa com o usuário, um projeto terapêutico singular: onde você quer chegar e por onde você vai passar.* (SUJEITO 1)

*Até pra que a pessoa tenha noção do que tá acontecendo na própria vida, de saber o que tá sendo alcançado ou não.* (SUJEITO 3)

Participar o acompanhado das decisões sobre sua própria vida, efetuar esta escuta inclusiva, é uma intervenção de restituição da autonomia deste sujeito, é colocar em marcha um processo de transposição do lugar de um sujeito assujeitado às demandas do outro social, para o lugar de um sujeito protagonista da própria vida. É uma intervenção ética e de respeito ao desejo de quem nós acompanhamos. Nos casos considerados como mais graves, o sujeito, às vezes, se encontra em uma situação de vulnerabilidade psíquica e social, que não consegue exercer uma participação mais efetiva na construção do seu projeto terapêutico. Mas é importante ir mediando sua participação, pois este ato, por si só, já é terapêutico. Para o AT só há um caminho: o acompanhado deve estar junto, participando do jeito que for possível na construção do seu projeto de vida, e, aos poucos, ir alargando seu espaço de fala sobre os caminhos que deseja seguir.

*É a escuta que pode nos indicar a direção a seguir, como uma bússola para os acompanhantes terapêuticos que se lançam mar afora, mar adentro, acompanhando a busca de ilhas desconhecidas na clínica do Acompanhamento Terapêutico. A participação do paciente, no começo deste projeto, nem sempre ele é efetivo [...] aquele paciente ilhado em si mesmo [...] A gente vai construindo este protagonismo junto com ele.* (SUJEITO 7)

O projeto terapêutico singular é uma análise ampliada do caso a ser acompanhado, mas especificamente do passado e do presente, como estratégia terapêutica para ampliar um horizonte de futuro com as realizações que sejam possíveis. Quando conseguimos integrar passado, presente e futuro, temos uma compreensão melhor sobre nós mesmos, estabilizamos nossa autoimagem, nossa identidade. Como se, assim, pudéssemos reconstruir nossa história de vida, nossa autobiografia. É uma ampliação da consciência sobre os caminhos que desejamos seguir em nossas vidas (MULLER-GRANZOTTO & MULLER GRANZOTTO, 2012).

*Eu entendo o projeto como uma certa projeção. Ou seja, o projeto, pra mim, tem a função de criar a dimensão do futuro, alargar a dimensão do futuro, pra que não se viva somente no imediato. É uma questão importante na questão onde há uso de álcool e drogas. Aonde há um certo encurtamento, ou seja, futuro e passado somem em função de um imediato. De um instante onde só existe aquele instante, existe aquele momento. Então, manter uma dimensão de futuro, assim como manter uma dimensão de passado, é uma certa forma de ir, vamos dizer assim, modulando o presente. (SUJEITO 4)*

O projeto terapêutico é uma ferramenta clínica que deve estar sempre em processo de revisão, sendo reavaliado e repensado de acordo com as necessidades que vão se apresentando no cotidiano. Ele não pode ser engessado, pois as condições concretas da vida objetiva e subjetiva se transformam a cada instante. O AT é como uma “clínica dos ventos”, uma terapêutica que se faz ao sabor da relação e que precisa se adaptar a cada mudança climática. Essa sua frágil especificidade é, ao mesmo tempo, sua maior força. Para ensaiar ou acompanhar terapêuticamente há que se ter coragem, valentia para lançar-se ao devir, tal como um navegador em mares desconhecidos (EMERIM, 2009).

*A ideia de uma coisa pronta, não é nada disso. [...] É uma linha que pode ser refeita a qualquer momento. Tem que estar atento ao que o campo está demandando [...] O tempo todo com esta liberdade de criar e de sentir também, porque as pessoas mudam de uma semana pra outra, a gente muda de uma semana pra outra. Antes do início da viagem, da travessia, há que se renovar os guias, rever e atualizar os antigos mapas. (SUJEITO 6)*

Para finalizar esta categoria, trouxemos um relato de duas estratégias terapêuticas utilizadas por uma equipe de Acompanhamento Terapêutico que realiza esta prática clínica em Brasília/DF: “O Cartão de Crise” e o “AT em Grupo”.

Thomas Szasz, referência da saúde mental no mundo, trouxe uma proposta que ficou conhecida como “Vontade Psiquiátrica”, cujo objetivo era criar uma alternativa em que os usuários pudessem falar aos profissionais como gostariam de ser cuidados e como as pessoas poderiam lidar com as situações de crise psicótica ou maníaca (FREITAS, 2008). Esta ideia inspirou o surgimento do “cartão de crise”. O lançamento do primeiro cartão de crise se deu em 1989, pela Rede Internacional de Self-Advocacy, no País de Gales. Nos anos 1990, o uso do cartão de crise intensificou-se na Inglaterra, bem como na Suíça e na Itália (COMPAIJEN et al., 2004). Atualmente, esta equipe de Acompanhamento Terapêutico de Brasília utiliza este recurso como estratégia clínica com os acompanhados.

*Nele, depois que a gente já tem um vínculo com os nossos acompanhados, a gente oferece essa ferramenta, que é uma ferramenta que a gente fala que é pra ser utilizada quando a pessoa estiver em crise. Mas a gente o constrói antes da crise. Porque, quando a pessoa tiver crise, a ideia é que ela seja tratada, que ela seja cuidada como está escrito ali no Plano de Ação Pessoal dela. Então, são perguntas de como ela quer ser tratada, de que remédio ela quer tomar, se ela quer ir pra algum lugar, se ela quer ficar com alguém, quais são os sinais e os sintomas de uma crise. A gente faz isso tudo antes, faz essas perguntas e, depois, esse Plano de Ação pessoal é maior, ele é grande, mas depois a gente produz um cartãozinho, como se fosse um cartão de crédito, que abre em dois e pode andar com a pessoa. Se ela quiser, na carteira dela, com alguns dados: com quem está o Plano de Ação Pessoal, quem pode contatar, caso ela precise ou de alguma urgência ou de alguma necessidade. E é bem legal a utilização dessa ferramenta. Ela não é muito conhecida aqui no Brasil, mas bastante utilizada na Holanda. E é uma ferramenta que eu já utilizei na minha prática com acompanhados meus e deu muito certo. Quando a pessoa entrou em crise, a gente fez o que estava escrito lá. A ideia é que esse plano de ação fique com algumas referências. Porque não adianta só a gente fazer e produzir e ninguém ter acesso. Então, a ideia é que o médico da pessoa tenha acesso, o psicólogo, a família, amigos. Quem ela sentir a vontade de entregar esse Plano de Ação Pessoal. (SUJEITO 3)*

Tecnologias como o cartão de crise, no tratamento de pessoas que apresentam problemas de saúde mental, servem como instrumento de diálogo, empoderamento, divisão de responsabilidades e possuem impacto importante na autoimagem. É uma estratégia de cuidado que leva em consideração o desejo da pessoa em sofrimento, mesmo no momento em que esteja vivenciando uma situação de crise (BESSA & SOUZA, 2021). É uma estratégia de cuidado integral, construída em conjunto com o usuário e que serve de empoderamento para ele próprio lidar com seus momentos de maior vulnerabilidade. São tecnologias leves, como aborda Mehry (2005), mas que têm grande eficácia terapêutica e que dialogam diretamente como os princípios do modo psicossocial.

Da mesma forma, podemos considerar a abordagem do AT em Grupo, com um nova proposta de ação que traz a mediação coletiva de pares como uma questão central, na mesma direção que é colocada pela lógica do Recovery. Sendo assim, são ações inovadoras, que criam uma clínica potente, que empodera os usuários em sua corresponsabilização pelo seu cuidado.

*Bom, primeiro, o AT em Grupo começou sendo meio que de passeio coletivo, assim. A gente se juntava pra passear juntos e fazer coisas juntos. Depois, a gente começou a*

*pensar que tinha muito mais potência no AT em grupo do que de fato um passeio em grupo. Aí, nós começamos a trazer pro grupo pessoas que tinham, assim, talvez a mesma idade, mais parecidas, o gosto mais parecido. Não necessariamente a patologia, mas características parecidas. E aí esse grupinho foi ficando mais coeso. Então, são pessoas geralmente mais tímidas, com dificuldade de fazer amigos, de se relacionar, são mais jovens. E aí a gente começou a sair juntos, a encontrar, e um a conhecer o outro. E hoje a gente está com esse grupo já tem um tempinho se encontrando. A gente se encontra a cada quinze dias. E aí como funciona? É assim: eu tenho alguns acompanhados e levo, a outra acompanhante terapêutica da equipe tem outros acompanhados e leva, uma outra tem outro acompanhado e leva. Às vezes, uma pessoa vai sozinha, sem acompanhado nenhum. A mãe que leva ou ele vai sozinho. E, aí, ali alguma coisa acontece. Quando eu falo alguma coisa é porque, assim, atualmente, a gente está fazendo a cada quinze dias uma dupla organiza o encontro. O que vai ter no próximo encontro. Aí essa dupla organiza onde vai ser, como é que vai ser, faz o cartãozinho explicando o AT, que horário, etc. E aí a gente se encontra pra fazer essa alguma coisa que foi escolhida por aquela dupla. Então, por exemplo, a gente vai andar no lago de caiaque juntos, a gente vai aprender origami juntos, a gente vai sair pra almoçar juntos, a gente faz festa de aniversário juntos. Vários fizeram aniversário no mês de maio, então, a gente teve três festas de aniversário no mês de maio, que nós fomos, e foi na casa de cada um. E, aí, ali os pais conheceram os pais dos outros acompanhados. E eles já estão amigos, já estão se falando. Tem uma acompanhada que tem dificuldade de locomoção. A mãe de outro acompanhado passa lá na casa dela, pega, leva pro grupo; ou vai ter uma festinha, um leva um na casa do outro, sabe? Anda assim no carro. Eu acho que assim, ainda precisa do AT pra esse grupo acontecer. Mas a ideia é que não precise daqui a pouco, sabe? Que ele possa existir por ele mesmo, mas ainda precisa do AT pra fazer essa costura. Mas eles estão montando uma rede de identificação. Os pais pensam: “Nossa! minha filha também é desse jeito, o que será?” E vai conversar com outro pai pra saber como é que ele faz, como é que ele age. Uma coisa espontânea também, sabe? É muito interessante o AT em grupo. (SUJEITO 3)*

Ainda hoje as decisões em relação ao processo de tratamento estão muito centradas no profissional e na doença, com utilização de formas arbitrárias e autoritárias do saber técnico, com caráter corretivo e de controle, invalidando a capacidade do indivíduo de cuidar de si e de sua existência (GRIGOLO et al, 2017). O cartão de crise e o AT em grupo são bons exemplos de estratégias terapêuticas possíveis nas práticas de cuidado em Saúde Mental. São dispositivos



clínicos que mantêm ativa a ideia de emancipação, e questionam as lógicas de cuidado impositivas e que não levam em consideração a pessoa e sua experiência vivida.

Toda estratégia em Saúde Mental que pensa o cuidado a partir de uma lógica psicossocial, e a saúde como sendo um produto do coletivo, é bem-vinda para compor o projeto terapêutico singular das pessoas que estão passando por alguma forma de sofrimento psíquico e necessitam de ajuda.

## **5. O Território e a Cidade como *Setting* Terapêutico: Roteiros e Saídas**

O território é o lugar de vida onde os sujeitos podem ser potencializados ou despotencializados, sofrer e enfrentar as injustiças, ou fazer trocas e construir suas histórias e a de sua sociedade. Pensar o território e as vulnerabilidades nele presentes demanda uma atenção às diversas dimensões que fragilizam os sujeitos e que os despotencializam. As desigualdades promovem vulnerabilidades no território, de forma que nossa atenção no Acompanhamento Terapêutico se direciona também para os modos de enfrentamento que podem ser empreendidos pelos sujeitos que acompanhamos, fomentando uma prática pautada na vida e na liberdade destes sujeitos (FEITOSA, 2018).

*A gente se relaciona muito com o território e com a cidade. Eu acho que o AT tem esse olhar pra vida, né? Como eu falei, pra superação mesmo. Superação de adoecimentos, de estigma. Acho que o AT leva pra vida, então não tem como a gente relacionar com a vida, sem falar de território e cidade, né? (SUJEITO 3)*

Na identificação com os espaços o sujeito pode construir sua subjetividade, significando a própria vida. O espaço relaciona-se à liberdade de transitar no ainda não familiar, um movimento frente ao desconhecido e que pode gerar insegurança. Os lugares, por outro lado, são compreendidos como lugares dotados de valor, quando o espaço passa a ser significativo, e onde o sujeito pode satisfazer suas necessidades biológicas, sociais e afetivas (FEITOSA, 2018).

*Então, eu acho que a relação é de que a subjetividade e o território são coisas bastante interligadas. Então, assim, o acompanhante terapêutico ser essa gente que se propõe a poder caminhar assim fisicamente no cotidiano, é atuar na subjetividade através dessa relação que existe lá. (SUJEITO 2)*

A vulnerabilidade se produz a partir dos riscos e perigos a que o sujeito está exposto em um contexto geográfico e social específico, e a sua dificuldade de reagir frente a estas

diversidades. Transformar espaços em lugares de pertencimento amplia os territórios existenciais do sujeito e sua capacidade de circulação.

*Acho que tem tudo a ver com o território e com a cidade. Acho que ajuda a pessoa a ocupar, circular, construir uma vida que circule, que o território se abra para aquela pessoa, que ajude ela a enfrentar olhares estranhos, enfrentar estigmas. (SUJEITO 1)*  
*Desenvolver habilidades para lidar com essa hostilização que a cidade pode ter também com ele. Porque envolve também isso. Eu não vou estar lá sempre pra, digamos assim, proteger ele de alguém rir da cara dele, né? Mas eu posso ajudar ele a desenvolver essa resiliência. (SUJEITO 2)*

O estudo etimológico do termo “território” mostra que seu campo semântico é relativo a dois sentidos: terra e aterrorizar. Terra como a delimitação de um espaço geográfico, a materialidade do território, e a apropriação simbólica de uma porção de terra. Aterrorizar é relativo aos sentimentos que o território inspira, que podem ser de proteção, ou o pavor de ser excluído. O território deve ser compreendido na inter-relação de suas múltiplas dimensões, naturais, econômicas, políticas e culturais. Quando compreendemos a complexidade da categoria território, podemos olhar a vulnerabilidade de uma maneira plural, observando as relações que a produzem. Neste âmbito, podemos fazer uma distinção do significado do território para os atores hegemônicos e para os homogeneizados. Para os hegemônicos, aqueles que detêm o poder, o território é visto como o lugar que pode responder aos seus interesses particulares, já, para os homogeneizados, o território é usado como abrigo, onde precisam recriar estratégias para garantia da sobrevivência (FEITOSA, 2018).

*Então, atuar no território, atuar na cidade, é estar mais próximo de uma das bandeiras da luta, que é a reinserção psicossocial. É fundamental, claro. E entendo que essa é uma característica que singulariza o AT em relação a outras práticas. Nós atuamos no território, nós atuamos na cidade. Intervimos nesse setting. Esse é um setting privilegiado. E é inevitável que, atuando num setting com essas características, nós tenhamos a ação como ferramenta também fundante, fundamental, do trabalho. Muito mais do que qualquer palavra. Do que qualquer interpretação. O agir junto com o acompanhado no território, na cidade, junto com os personagens que compõem esse cenário, é a grande potência do AT. (SUJEITO 7)*

Os mais poderosos delimitam a posse e o uso dos espaços, produzindo desigualdades sociais. A relação socioespacial, nem sempre percebida pelos indivíduos, é marcada pelas concepções e contradições do mundo capitalista, globalizado, que produz relações injustas e desiguais, orientadas a hegemônizar uma cultura em detrimento de outras consideradas

subalternas (SANTOS, 1999). Os olhares jurídico-moral e biomédico contribuem para construir um estatuto social das drogas que gera discriminação e preconceito, o usuário fica estigmatizado. Ao estabelecer um uso problemático com álcool e/ou outras drogas, o sujeito deixa de produzir e consumir. Estar fora desta cadeia produtiva que fomenta o capital coloca o usuário como alguém desqualificado diante da população, ele passa a fazer parte de uma cultura subalterna.

*Muitas vezes, nas diversas situações que a gente tem, de saúde mental, ou mesmo de transtornos, ou questões de álcool e drogas, a pessoa vai se sentindo excluída, vai se sentindo mal vista, vai diminuindo sua circulação. (SUJEITO 1)*

*Porque, em tese, essa pessoa não está produzindo, não está aderida ao sistema de produção capitalista. Desejando sem parar e vendendo força de trabalho à exaustão. (SUJEITO 6)*

Ao classificar o uso de drogas como dependência química, o saber médico psiquiatrizante se utiliza do mesmo método que historicamente o tem firmado como peça fundamental na manutenção de uma “higienização pública”. Ele cria um padrão de normalidade para os comportamentos das pessoas, e aqueles que não se enquadram nesses padrões vivenciam novas formas de exclusão, passam a ser os sujeitos a serem corrigidos (GUEDES, 2010). Eles passam a compor um grupo considerado como descartável e supérfluo em meio às exigências do modo de vida capitalista contemporâneo (BAUMAN, 2004).

Sob o pretexto de tratamento e cuidado, o usuário de drogas passa a ser recolhido prioritariamente em internações prolongadas, como os que são realizados nas Comunidades Terapêuticas. Mas o que acontece na verdade é um processo escamoteado de limpar a cidade daqueles que passaram a ser indesejáveis no seu espaço, e promover uma reeducação moral para que eles se adaptem ao sistema político e econômico. Não tem a ver com atenção e cuidado em saúde mental! A Comunidade Terapêutica é uma remodelamento das instituições de sequestro, uma reatualização da lógica manicomial.

*Então, acho importante não ir pra esse lugar moral, e entender que toda a discussão de droga nesse país passa por uma discussão de racismo, por uma discussão de classe social, por uma discussão de política de extermínio mesmo. De deixar a população preta e periférica presa. Então, eu acho que a gente não pode ser ingênuo. Especialmente, se você vai trabalhar na clínica do AT e vai trabalhar com pessoas que, em algum momento, vão trazer como questão o uso. (SUJEITO 6)*

Sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico na cidade, sobre o seu lugar político de tensionamento entre sujeito excluído e sociedade, a fala do Sujeito 5 apresenta uma cena que traduz esta prática que busca a garantia de direitos e o reconhecimento da pessoa como sujeito:

*Então, aqui em Porto Alegre eu sou o cara branco, barbudinho, cabeludinho, estudante da UFRGS. Tenho uma passabilidade frente aos policiais. Um cara negro, eu estava atrás do gasômetro num dia qualquer de manhã. Eu e um cara negro fumando um cigarro, ainda. Vieram os policiais, deram ataque e foi lindo assim, porque eu não consegui falar. O cara: “Cala a boca, cala a boca! Mão na cabeça! O que tem na mochila?!”. E vai revirando a mochila e vai passando a mão nos nossos corpos. Aquela invasibilidade toda, a violência toda. E eu não conseguia falar para defender o Pelé, que era esse cara que eu estava acompanhando. Eu não consegui. Até a hora que eles olharam pro Pelé e disseram assim: “E tu, negão? Tu já foi preso, né, cara? Te conheço lá da cadeia! Tu já não foi preso, negão? Tu já não foi preso?”. E nessa hora eu intervi e falei: Ele já foi preso! Aí consegui ter uma brecha pra falar. Eles me olharam e eu falei assim: Ele ficou preso mais de trinta anos dentro de um manicômio. Eu estou tentando ajudar ele a voltar pra sociedade e vocês não estão ajudando. Pensa nuns policiais que perderam o lugar. Perderam a autoridade. Não era nada do que eles estavam imaginando, que eram dois maconheiros. E ali eles perderam a autoridade. Eles ficaram meio no ar. E aí um deles, pra tentar manter ainda: “Então, senta aí de novo!”. E o Pelé, na sua saúde, pegou um outro cigarro e fumou de pé [...] E, depois desse encontro com os policiais, foram quantos encontros ainda, quantas saídas no centro com medo de policiais. E desconstruindo esse medo. E levando, então, ele a encontro de outro policial que estava lá parado no meio do trânsito e ir lá falar com ele. Eu fiz isso. Pra dizer assim, ah, a cidade é hostil, mas nem tanto, tá? Tu consegue habitar ela. (SUJEITO 5)*

O Acompanhamento Terapêutico no território é estar junto, é fazer com, é se colocar na experiência do mundo da vida com seu acompanhado, enfrentando com ele as hostilidades às diferenças. É uma intervenção de empoderamento desse sujeito frente a estas adversidades, a estes modos de exclusão aos grupos marginalizados rigidamente estruturados em nosso país. “Território, pra mim, é o território existencial que compõe a rede de sentidos para aquela pessoa” (SUJEITO 4).

O *setting* terapêutico do AT é proclamado pela literatura como o espaço da rua. A cidade pode ser o espaço possível e desejável, mas o AT pode se fazer em qualquer lugar, nos lugares

possíveis, e também nos supostamente impossíveis, mas que tenham potência para se tornarem possíveis e terapêuticos para aquele acompanhamento.

Vejamos como os entrevistados definem o *setting* terapêutico do AT. O *setting* é o espaço onde a relação terapêutica pode acontecer, para abertura de novos caminhos, novas possibilidades, e novas saídas diante dos desafios que a vida cotidiana impõe sobre os sujeitos em situação de vulnerabilidade psíquica e social, em favorecimento da ampliação dos seus territórios existenciais:

*O setting é onde é possível. É onde ele pode acontecer, onde tem uma boa ambiência.*

(SUJEITO 5)

*É onde existe uma tensão um pouco mais política.* (SUJEITO 2)

*Ele é tudo, em todos os lugares. Todo lugar pode acontecer o AT. Na rua, na casa, dentro de um quarto fechado, escuro, na escola, no hospital. Todos os lugares. No parque, no cinema. Acho que onde a pessoa se sente à vontade para ser acolhida é o setting do AT. É claro, no tempo da pessoa também.* (SUJEITO 3)

*O setting está ali na relação que se estabelece com o acompanhado. É isto que garante que eu possa fazer AT em qualquer lugar. Então, eu defino lá no meu livro o espaço do AT como sendo um espaço qualquer.* (SUJEITO 4)

*Então, eu acho que é sempre o setting possível, que pode ser o quarto, o leito, a clínica, a escola, o quintal ou o show, a praia, o que for. Mas eu sempre digo, a gente sempre vai fazer o setting possível, mas mirando no impossível. Então, é possível só sair do quarto e ir até a sala? Vamos fazer isso. Às vezes a rua é muito, então, vamos tentar no quintal.* (SUJEITO 6)

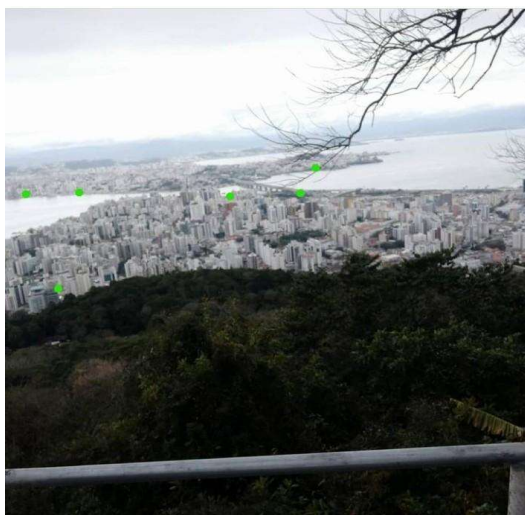
*O setting produz o inesperado das intervenções. Ele traz interferências. É a ideia de um território vivo, né? De ver o que emerge ali no território movente que interfere, que atua, que produz efeitos tanto no acompanhante como no acompanhado, e que pode ser uma ferramenta terapêutica muito importante.* (SUJEITO 7)

Um dos trabalhos do AT com usuários de álcool e outras drogas se direciona para a construção de novos caminhos com novas conexões afetivas fora do “circuito” drogas, geralmente trilhado pelos usuários quando estão numa vida ativa de uso.

*Parece que essas pessoas com as drogas têm disso. Tem todo um circuito de drogas que vai se criando, e, se a pessoa cai nesse circuito, ela se perde. É importante construir trajetos desvinculados dessa rede ligada às drogas [...] Então, eu acho que com o AT é criar um outro roteiro, outros vínculos [...] conseguir criar outros trajetos [...] E, às vezes, fisicamente mesmo, pra ele poder criar uma outra rede de vida.* (SUJEITO 2)

*A gente começa a implementar propostas de mudanças nesse trajeto com vistas a ampliar as conexões, os agenciamentos, as relações dele com esse mundo. Ampliar do ponto de vista geográfico. (SUJEITO 7)*

É uma (re)construção do itinerário de circulação, às vezes dentro da própria casa, outras adentrando a comunidade, e também ocupando os espaços da cidade, transformando-os em lugares desejáveis de estar pelo acompanhado. Na Figura 1, podemos observar uma foto que ilustra a ampliação territorial realizada com um acompanhado, que, após um surto psicótico devido ao uso de drogas, e de uma internação psiquiátrica de quatro meses devido a este surto, estava com dificuldades de circulação em contextos fora do circuito drogas, e muito isolado no próprio quarto. Foto tirada de cima do Morro da Cruz pela equipe de Acompanhamento Terapêutico da Ampliação Espaço Clínico, em Florianópolis.



### **Encontros e roteiros de saída**

As ações do Acompanhamento Terapêutico sempre buscam incluir o sujeito acompanhado em todas as decisões, afinal, o trabalho é sobre ele, sobre ele e suas dificuldades, suas formas de se relacionar, seus medos, suas fragilidades, sobre os conflitos e as hostilidades presentes no seu cotidiano. Sendo assim, nos parece um tanto soberbo pensar um planejamento sem contemplar a participação ativa do sujeito que vai ser acompanhado no seu próprio plano terapêutico.

*É um acordo com o sujeito (SUJEITO 1)*

*Junto com a pessoa, vai vendo o que a pessoa tem vontade de fazer, vai vendo, a gente vai pensando. Pensando também o que é viável, né? Dentro das limitações, vendo o que é possível. E vai construindo. (SUJEITO 2)*

Participar o acompanhado das decisões a respeito do seu processo no AT é fundamental para que ele se sinta parte do projeto, aumentando sua sensação de autonomia. A autonomia é considerada uma das necessidades psicológicas básicas vinculadas ao desejo que move o ser humano. Estar na origem das suas ações, ter voz ativa, contribuiu para as pessoas serem naturalmente mais propensas a realizar uma atividade, por acreditarem que estão desejando e fazendo por vontade própria (GUIMARÃES & BORUCHOVITCH, 2004). Mas há casos em que a vulnerabilidade psíquica e social do acompanhado limita sua capacidade de projetar algo e tomar decisões. Nestes casos, o acompanhante pode estimular o acompanhado, e sugerir coisas que possam fazer sentido para ele, pois, muitas vezes, eles criam rotinas enrijecidas que limitam suas possibilidades de vivenciar novas experiências com as quais possam se identificar.

*Muito a ver também com a Internet e aí essa geração que nasceu com os jogos online, então, tem amigos em todo lugar do mundo, mas não tem amigos na própria rua. Não tem amigos no bairro. A primeira realidade dele é a virtual e a segunda é a física, digamos. Então, é uma coisa de conhecer o bairro, que é bem legal. E aí tem meio que puxar assim, sabe? Aí, tá, mas tu não vai ao museu? Tem um monte de museu aqui perto. – “Ah, nunca fui.” – Então, vamos! Aí, tu vai uma vez, vai duas, quanto tu vê, a pessoa já está até gostando. E, aí, uma coisa que o AT acaba dando uma forçadinha. Se deixar a inércia, ele fica só na mesmice do game, e tal. (SUJEITO 5)*

Ao vivenciar experiências novas, o acompanhado pode ampliar seu roteiro de circulação, conhecer pessoas e formar novos vínculos, pode ter esta possibilidade de habitar e usufruir de outros lugares. É importante apontar que, muitas vezes, o AT é indicado para aqueles que se encontram em situações diversas de sofrimento psíquico intenso, que demandam atenção mais específica, por vezes, em isolamento e com grandes dificuldades para organizar projetos de vida (MARCO & CALASIS, 2012).

É preciso fazer uma boa avaliação do contexto para realizar o Acompanhamento Terapêutico. É importante dialogar com o acompanhado, com o grupo familiar, com a rede de suporte, com os profissionais envolvidos, com a escola, trabalho e comunidade, entre outros, para conhecer a história de vida do sujeito e entender as demandas e necessidades do caso, para, em seguida, pensar as intervenções que serão realizadas e os caminhos a serem percorridos (TAVEIRA et al., 2021). As autoras apresentam algumas modalidades em que se pode pensar a periodicidade do AT e algumas modalidades possíveis para o trabalho da clínica do AT, e a periodicidade aproximada para cada uma delas: a) Acompanhamento não intensivo; b) Acompanhamento semi-intensivo; c) Acompanhamento intensivo (intervenção na crise).

No acompanhamento não intensivo, o acompanhamento é realizado em média duas vezes por semana, geralmente, por duas horas em cada encontro. É uma modalidade voltada para as pessoas que estão mais estáveis, mas que já passaram por internações psiquiátricas com foco na doença, e estão muitas vezes sem esperança e sendo vistas como incapazes. Após terem tentado outras alternativas de cuidado sem muito sucesso, acabam tuteladas por vários atores. Nesta modalidade um dos focos principais é a retomada da autonomia, e a reinserção plena do sujeito na vida (TAVEIRA et al., 2021).

Quando o acompanhamento mais indicado é o semi-intensivo, precisa de mais dias e horas na semana, a depender da necessidade que se apresenta. É voltado para as pessoas que não estão conseguindo realizar atividades do cotidiano, vivenciando medos, angústias, fobias, fissuras, entre outras. As demandas são muitas e muito diferentes, contribuindo para que elas fiquem mais isoladas em casa. O acompanhamento semi-intensivo geralmente é realizado por dois acompanhantes terapêuticos (TAVEIRA et al., 2021).

O acompanhamento intensivo, geralmente, é indicado em situações de crise. São aquelas situações em que a pessoa está muito agitada, com pensamentos desorganizados ou delirantes, com ideação suicida, ou outro estado em que a pessoa esteja sem condições de ficar sozinha. Nestas situações, precisa-se de uma equipe de três a quatro pessoas para realizar o acompanhamento. Nestes casos, se fazem necessárias várias horas de acompanhamento, por vários dias na semana. Esta intervenção não deve ser confundida com cerceamento da liberdade do sujeito, o acompanhante está a serviço de acompanhar e suportar a crise, oferecer fôlego e amparo aos familiares. É um dispositivo importante para evitar internações que não sejam necessárias, o rompimento de laços sociais, e garantir um cuidado próximo, de base territorial e comunitária (TAVEIRA et al., 2021).

O que se percebe é que o trabalho do AT pode ser realizado mesmo frente a demandas muito diversas. É uma prática baseada na singularidade, onde o projeto a ser desenhado só será definido a partir da estratégia usada no momento determinado do tratamento do sujeito (PULICE, 2012). Porque tem uns que não dão conta dessa organização do dia, do horário.

*Na maioria das vezes, eu combino já o dia e o horário com a pessoa antes. Mas isso é flexível, sempre flexível, porque depende do que vai acontecer ali na vida dela. Pode ser de duas horas, uma tarde inteira, ou quando ela está em crise, por exemplo, a gente tem que ficar vinte e quatro horas (SUJEITO 3)*

*Então, é por uma questão logística, quando o paciente tem condições de me encontrar, ele vem se encontrar comigo. Quando ele não tem condições de me encontrar, eu vou*



*ter que ir lá na casa dele, eu vou ter que ir onde ele está. E o que vai ser feito eu organizo com o paciente. (SUJEITO 4)*

*É muito dentro do projeto singular, vendo as necessidades e equalizando com as minhas possibilidades. O deslocamento tem uma parte logística, operacional e objetiva, o que é interessante para aquele projeto. Então, é mais dias, menos dias; é ir pra rua, não ir pra rua; saída mais longa, saída mais curta. Então, tudo sempre muito conversado com o acompanhado, e com os familiares, em alguns casos. (SUJEITO 6)*

O Acompanhamento Terapêutico vai ao encontro de todas as pessoas que estão precisando de algum cuidado em saúde mental, e que por algum motivo estão impossibilitadas de seguir suas vidas e seus projetos, e com as mais variadas demandas (TAVEIRA et al., 2021). Para oferecer o trabalho clínico de AT, é essencial que toda a equipe realize seu processo terapêutico ou de análise pessoal, participe de supervisões clínicas, procure trocas entre os pares e muito estudo (METZGER, 2017). Realizar um trabalho desse nível de exigência requer muita preparação e formação, que deve ocorrer de forma contínua. Cada ambiente tem sua especificidade, cada ambiente é diferente, e cada situação é diferente. Lá na rua, é você e o sujeito, sujeito que está confiando a você a própria fragilidade. É preciso desejar e estar preparado para formar essa dupla, e realizar as travessias por territórios hostis em busca de territórios mais afetivos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência concreta de quem está atuando com acompanhamento terapêutico com usuários de drogas desvela a riqueza da práxis neste campo, pois alia princípios fundantes, questões teóricas e desafios metodológicos deste “saber-fazer” inovador dentro da atenção psicossocial, com a complexidade da intervenção cotidiana junto aos usuários em saúde mental.

As categorias e os elementos de análise encontrados a partir das entrevistas realizadas com os profissionais foram: 1) A Reforma Psiquiátrica e o Modo de Atenção Psicossocial: Condições para o surgimento do Acompanhamento Terapêutico como Estratégia Clínica Territorial; 2) Entre os processos formativos e o ser leigo: onde está a potência do AT?; 3) O Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas; 4) O AT em rede e o projeto terapêutico singular (PTS); 5) O território e a cidade como *setting* terapêutico: roteiros e saídas. Esses tópicos revelam os múltiplos elementos teóricos e práticos que atravessam as ações em saúde do AT e

colocam sobre a mesa as exigências de uma seriedade epistêmica e teórica e de uma competência técnica de quem atua na área.

Sendo assim, para aqueles que trabalham com a clínica do Acompanhamento Terapêutico, deparando-se com os desafios de enfrentar os paradoxos da vida, é condição *sine qua non* ter o desejo de acompanhar e enfrentar as vicissitudes da clínica no contemporâneo. As teorizações nos ajudam a entender os impasses hodiernos e as singularidades do nosso tempo, fomentam as reflexões necessárias para desconstruir as verdades instituídas e naturalizadas que promovem a exclusão dos sujeitos considerados como “anormais”, ou seja, aqueles comportamentos que estão fora da média padrão, da normalidade aceitável em uma determinada sociedade. Os manuais de diagnóstico médico, realizam, estatisticamente, pela quantificação de sintomas este diagnóstico, o “julgamento” de quem é normal ou anormal. Esta é uma estratégia de governabilidade para manter a “saúde” do corpo social, como se a sociedade fosse um organismo que precisa eliminar suas células doentes para manter sua funcionalidade. Neste sentido, a desobediência ao normativo é uma estratégia de resistência e enfrentamento das injustiças sociais. Nessa direção, coloca-se o AT, como a construção de saídas despatologizantes e potencializadoras de vida.

Desinstitucionalizar é trabalhar para quebrar velhos paradigmas e construir novas mentalidades. Perpassa pelo desmonte dos manicômios, inclusive aqueles internos, que profissionais e usuários acabaram por encarnar em seu modo de conceber a vida e o cuidado, ultrapassando a derrubada dos muros como ato único de transformação. Por isso mesmo, o AT se coloca como um dispositivo clínico e político a serviço dos processos de desinstitucionalização e reintegração social das pessoas diagnosticadas e rotuladas pelo saber/poder biomédico como incapazes, incompetentes, desajustadas. O diagnóstico é o *start* de uma carreira psiquiátrica que vai durar provavelmente por toda a vida da pessoa. A etiqueta psiquiátrica impõe sobre a pessoa todo o peso do estigma que historicamente tem sido conferido aos loucos. Ao aventurar-se nesta ética de “guerra” contra o instituído, o AT se coloca como um movimento instituinte, na luta pela qualificação da Reforma Psiquiátrica como prática substitutiva aos modelos asilares.

É importante aos que desempenham o AT teorizar sobre o que fazem para o refinamento da sua prática. Pode-se beber na fonte de grandes autores, utilizar suas descobertas e teorizações para delinear o que estamos fazendo em nossos acompanhamentos. Mas é preciso que a teoria seja incorporada como um modo de se lançar na ação concreta, em uma clínica humanizada e ampliada. Neste sentido, uma abordagem clínica é fundamental como condição para analisar e realizar uma leitura clínica e crítica, que possa orientar intervenções que façam sentido diante

das particularidades de cada caso. Por exemplo, haverá ocasiões em que se precisará saber se um acompanhado está produzindo, em um determinado momento, uma fantasia neurótica ou um delírio psicótico, para saber como acolher essa vulnerabilidade psíquica, e qual tipo de cuidado ele precisa naquele momento. Isto não significa que o AT deva ser um campo exclusivo do psicólogo, como poderia parecer. Significa que estamos lidando com situações de sofrimento psíquico grave e precisamos ter suporte teórico e metodológico para saber o que fazer em determinados momentos. Profissionais de outras áreas têm que ir em busca destas fundamentações. Sem uma abordagem clínica, a capacidade de leitura do campo pode ficar comprometida, e as intervenções, fora de contexto. Um embasamento teórico é precioso para qualquer profissional que trabalhe com o Acompanhamento Terapêutico. Aliás, é uma riqueza o AT não ser privatizado por nenhuma área do saber, e é também louvável aos que buscam integrar teoria e prática no cuidado em saúde mental.

Mas o que é ser um acompanhante terapêutico? Que prática é esta? O que é ser acompanhante na terapêutica de uma pessoa com problemas na relação com o uso de álcool e outras drogas? Esta são questões que todo profissional que trabalha com AT deveria se fazer. As respostas se constroem nas leituras, nos grupos de estudos, nos cursos de AT, nas supervisões, nos encontros com nossos acompanhados, e em todas as práticas formativas que ofereçam um espaço de trocas de saberes científicos e reflexões pragmáticas sobre o Acompanhamento Terapêutico. É importante saber para onde estamos indo, nas andanças do AT, pois, na maioria dos casos, o acompanhar pessoas que perderam o leme da sua própria vida e estão com sua autonomia criativa e suas redes sociais significativas gravemente comprometidas é um grande desafio.

O estatuto social acerca do uso problemático de drogas atualmente hegemônico em nosso país encontra sua sustentação na racionalidade biomédica, somada à racionalidade jurídico-moral e ao proibicionismo. Na lógica da guerra às drogas, o usuário se torna um inimigo público a ser eliminado. Sendo assim, eles acabam vivenciando uma espécie de morte social, por serem considerados como presenças indesejadas na sociedade. Muitas pessoas que deveriam receber cuidados de saúde pelo seu uso de drogas acabam sendo mortas, ou encarceradas em presídios e em centro de tratamentos, nestas Instituições Totais, como Goffman (2003) definiu estes ambientes que mortificam o “eu”. Neste sentido, o AT com usuários de drogas tem como uma das questões centrais o enfrentamento dos estigmas do usuário de drogas, e deve se colocar como mediação na desconstrução do estigma internalizado pelo usuário e da perpetração do estigma reproduzido pelas suas redes pessoais significativas.

A etiqueta da “Dependência Química” é colada na identidade das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Classificar o uso de drogas como “Dependência Química”, compreendendo-a como “uma doença crônica e recorrente”, é aprisionar o usuário no diagnóstico de um transtorno mental, afirmando que o fenômeno do uso de drogas é determinado pela neuroquímica cerebral, ou seja, o problema estaria supostamente no sujeito e em sua dimensão biológica. Este processo que transforma questões sociais em biológicas é bastante conhecido em nossa sociedade. Como afirma Schneider (2010), é um processo que desresponsabiliza o meio social e culpabiliza o usuário. É como dizer: nós não temos culpa, ele é um sujeito doente! Esta é a ideia de natureza humana que contrapõe o conceito de sujeito histórico-cultural, forjado nas relações, e legitima a tendência das internações, que isolam as pessoas do seu meio social para tratar o suposto transtorno. Ora, certamente os fatores neuroquímicos estão relacionados à questão das drogas, mas atribuir o fenômeno exclusivamente a eles é um determinismo que busca simplificar equivocadamente uma questão muito complexa, que é o uso de drogas na contemporaneidade, e seus atravessamentos políticos, econômicos, culturais, morais e jurídicos, entre outros.

O AT que trabalha com estes usuários depara-se, em sua ação cotidiana, com a multideterminação do problema que estas pessoas enfrentam como usuários de drogas. Este é o cerne da atuação do acompanhante, como pudemos vislumbrar nas dezenas de narrativas descritas acima: mediar processos de enfrentamento, ressocialização, ressignificação das relações junto às redes pessoais significativas, à comunidade, ao território existencial, à rede de saúde, aos espaços de atuação profissional, à cidade. Sendo assim, não há como compreender que o problema da pessoa com o uso de drogas seja restrito à química cerebral, mas traz à tona a complexidade das trajetórias existenciais e dos contextos de vida que estão interagindo na multideterminação do sofrimento psíquico envolvido nesta questão.

No contexto das políticas públicas em AD, surgem um novo mercado das internações psiquiátricas e uma acirrada disputa dos modelos de atenção aos usuários de álcool e drogas com claros interesses econômicos, com destaque para as Comunidades Terapêuticas, entidades privadas e religiosas que são financiadas pelo Governo Federal, como ponto de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Enquanto isso, acompanhamos um acelerado processo de precarização e desmonte da Rede de Atenção Psicossocial, que defende o direito da pessoa de receber tratamento em liberdade, no seu território, na sua comunidade. Estas questões fragilizam o cenário de atuação do AT em tempos hodiernos e colocam suas práticas na condição de resistência à manicomialização e precarização do cuidado psicossocial.

O interesse deste artigo foi de discutir as concepções e práticas dos profissionais que utilizam o Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que fazem algum tipo de uso problemático de álcool e outras drogas, em seu papel de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e em sua potência de uma clínica inclusiva e construtora de autonomia. As entrevistas trouxeram importantes respostas sobre o que é o Acompanhamento Terapêutico e como ele se constitui como um importante dispositivo técnico e político de defesa das pessoas com sofrimento psíquico grave e de resistência aos modos de cuidado que esmagam as subjetividades e os diferentes modos de ser. Ser acompanhante terapêutico é ser resistência aos discursos morais, à criminalização ao uso de drogas e às formas violentas como o usuário tem sido tratado em nosso país.

Os resultados apresentaram como o AT vem se consolidando como potente dispositivo clínico de reintegração social e de restituição da autonomia das pessoas com sofrimento clinicamente significativo, com forte qualificação teórico-técnica e com compromisso político. Sistematizar o conhecimento científico produzido no campo do AT é fundamental, para que este modo de cuidado se desenvolva baseado em evidências e se torne cada vez mais qualificado e disponível para a população.

## REFERÊNCIAS

ABRASME. **Construindo sujeitos, direitos e cidadania**. Reportagem com Walter Oliveira sobre a nova política de saúde mental. Associação Brasileira de Saúde Mental: 2018. Disponível em: [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=383](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=383) . Acessos em: 19 Nov. 2019.

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. **O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 15 Abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>.

AGUIRRE, A. E. A. Prefácio. IN HOLANDA, A et al. **Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber**. Curitiba: Juruá Editora, 2020.

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 May 2020. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100002.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. **Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade**. In: OLIVEIRA, W, PITTA, A., AMARANTE, P. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. P.107-133. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental**. ABRASCO, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acessos em 01 de Abr. 2020.

ARAÚJO, F. **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos apolítica da amizade**. Niterói, RJ: 2013.

ASSIS, J. T. et al. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 16, n. 4, p. 584-596, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 30 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

ASSUMPÇÃO FB Jr. **Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. São Paulo: Livraria Santos, 1994.

BAQUIT, R. **Remédios são drogas, drogas são remédios**. Instagram profissional, 2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/rafaelbaquit/>. Acessos em: 05 Set 2020.

BARD, N. D. et al . **Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 24, e2680, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 July 2020. Epub Mar 28, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>.

BAUMAN, Z.. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.

BESSA, S. L; SOUZA, R. S. **Plano de ação pessoal, cartão de crise/sos e recovery: uma experiência brasileira**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.13, n.36, p.143-155, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79479/46935>. Acessos em: 07 Mar 2022.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Brasília: 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acessos em 20 Mar 2020.

BRASIL. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acessos em: 13 Mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados–12**, ano 10, nº 12. **Informativo eletrônico**. Brasília: outubro de 2015

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acessos em: 01 de Abr. 2020.

BRASÍLIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acessos em: 15 Nov 2019.

BRASÍLIA. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acessos em 20 Nov. 2019.

CAMPBELL, R. J. **Dicionário de Psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COMPAIJEN, J. et al. **De ontwikkeling van de crisiskaart in Rijnmond, Rotterdam**. Basisberaad Rijnmond, 2004.

COIMBRA, C. M. B. Desenvolvimento sociocultural e Político e Meios Psicoterápicos. In Ciornai, S. (org.). **25 Anos depois: Gestalt-terapia, Psicodrama e Terapias Neo-reichianas no Brasil**. São Paulo: Agora, 1995.

CUNHA, A. C. et al. **Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 3, p. 638-651, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000300638&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 30 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>.

DE LEON, G.. **Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DELGADO, P. G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Mar. 2020. Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

EMERIM, M. **Clínica e Ética: portos (in)seguros do acompanhamento terapêutico**. Biblioteca do AT, 2009. Disponível em

<http://www.bibliotecadoat.com.br/1/at/index.php/biblioteca-do-at/15-biblioteca-do-at/artigos-e-ensaios/12-clinica-e-etica-portos-in-seguros-do-acompanhamento-terapeutico>. Acessos em: 15 Nov. 2019.

FEITOSA, M. Z. de Souza et al. **Afetividade, território e vulnerabilidade na relação pessoa-ambiente: um olhar ético político**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 196-203, Aug. 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922018000200196&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000200196&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5505>.

FIORATI, R. C. **Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas**. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 82-89, 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 29 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600011>.

FIORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, São Paulo: 2006.

FONTANELLA, B. J. B. et al. **Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, núm. 5, septiembre-octubre, 2006 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a25.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf). Acessos em 17 Jul 2020.

FONTANELLA, B. J. B. et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, Feb. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: GRAAL, 2006.

FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec: v. 2, p. 142-70, 2008.

GODINHO, D. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. **Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico**. Fractal, Revista Psicologia, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 320-327, dez. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5644>. Acessos em 13 Jan. 2022.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.



GRIGOLO, T.M. et al. **Plano de ação para bem-estar e recovery: experimentando o “WRAP” no Brasil.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21): 300-20, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69552>

GUEDES, A. M.. **A construção da pessoa na experiência da deficiência: corpo, gênero, sexualidade, subjetividade e saúde mental.** In: MALUF, Sonia Weidner; TORNQUIST Carmen Susana. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.* Carmen Susana Tornquist (org.). Florianópolis: Letras Contemporâneas , 2010.

GUIMARAES, S. É. R.; BORUCHOVITCH, E. **O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação.** *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 143-150, 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722004000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200002>.

HERMANN, M. C. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário.** Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HOLANDA, A et al. **Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber.** Curitiba: Juruá Editora, 2020.

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 colet.* 19 (08), Ago 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MJpk7QSnsM9wQ8vfkVYRJm/?lang=pt>. Acessos em: 02 Abr. 2022.

IBRAHIM, C. M. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia a Casa (Ed.). **A rua como espaço clínico.** São Paulo: Escuta, 1991.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2009.

LEAL, E. M. et al . **Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica.** *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 9, n. 3, p. 433-446, Sept. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142006000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em 07 Set. 2020. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003005>.

LEMOS, C.; ROSA, P. O. **No caminho da rendição: cannabis, legalização e antiproibicionismo.** *Argumentum* 7(1),2015. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.9045> Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/9045>. Acessos em 18 Fev 2020.

LEVINE, H. G. **The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness.** In *America. Journal of Studies on Alcohol*, n. 15, 1978.

LONDERO, I.; PACHECO, J. T. B.. **Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras.** *Psicol. estud.*, Maringá , v. 11, n. 2, p. 259-267, Aug. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 18 Out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200004>.

MARCO, M. N. da C.; CALAIS, S. L. **Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento.** *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 14, n.3, p. 4-18, 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452012000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 25 ago. 2020.

MARINHO, D. M.. **Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Dissertação de Mestrado, 2009. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-14082009-092412/publico/Debora\\_Marinho.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-14082009-092412/publico/Debora_Marinho.pdf). Acessos em: 07/04/2020

MATOS, M. T. S.; PINTO, F. J. M.; JORGE, M. S. B.. **Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes.** *Revista Baiana de saúde pública*, v. 32, n 1, 2008. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n1/Revista\\_Vol\\_32\\_n\\_1\\_2008\\_Net.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n1/Revista_Vol_32_n_1_2008_Net.pdf). Acessos em 10 Ago 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005

MESSAS, G. **A existência fusional e o abuso de crack.** *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2015, 4 (1), 124-140. Disponível em: <https://revistapfc.com.br/rpfc/article/view/1004/1004>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

METZGER, C. *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise.* 1º ed. São Paulo: Aller, 2017. METZGER, C. *Formação do AT: uma forma-ação que não é com-forma.* In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos.** São Paulo: Escuta, 2018.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas Gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self.** São Paulo: Summus, 2012.

NOGUEIRA, A. M. B. **O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte.** *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte , v. 15, n. 2, p. 204-222, ago. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 07 abr. 2020.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político**. Psyche (Sao Paulo), São Paulo , v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-1382006000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1382006000200012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 out. 2020.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: rede de conversações**. Porto Alegre: Redeunida, 2019.

PULICE, G. O.; ROSSI, G. **Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su Conceptualización-Presentación de Material Clínico**. Buenos Aires: Polemos Editorial, 1997.

PULICE, G. O. et al. **Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional**. Estilos clin., São Paulo , v. 10, n. 19, p. 12-31, dez. 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 nov. 2019.

PULICE, G. O. **Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

REIS NETO, R. O. et al. **Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 17 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>.

RUIZ-OLOBUÉNAGA, J. I. R. **Metodología de la investigacion cualitativa**. Bilbao, Espanha: Universidad de Deusto, 1999.

SÁ MATOS, V. C. A.; BORBA L. M. P. O mundo da vida na perspectiva do usuário de drogas. In ANTUNEZ, A. E. A.; SAFRA, G.; FERREIRA, M. V. Instituto de psicologia da USP São Paulo – 2014. Núcleo de Pesquisa e Laboratório Prosopon Departamento de Psicologia Clínica (Org). **Anais do I congresso internacional pessoa e comunidade: fenomenologia, psicologia e teologia e III colóquio internacional de humanidades e humanização em saúde**. INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP São Paulo - 2014 Núcleo de Pesquisa e Laboratório Prosopon Departamento de Psicologia Clínica. Disponível em: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/anais\\_I\\_cong\\_intern\\_pessoa\\_comunidade\\_2014.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/anais_I_cong_intern_pessoa_comunidade_2014.pdf). Acessos em: 05 Mai 2020.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território**. GEOgraphia, ano 1, nº 1, p. 7-13, 1999. Disponível em: <http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/article/view/2/2> . Acesso em: 23 set. 2021.

SANTOS, M. A. et al . **Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: revisão da literatura**. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 17, n. 2, p. 64-77, ago. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872015000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 jul. 2020.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre os modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In SANTOS, M. P. G. **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SAWAIA, B. B.. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petropolis: Vozes, 1999.

SCHARFF, J. Na manha do gato: relato e discussão de caso clínico de AT. In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Escuta, 2018.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300002>.

SCHNEIDER, D. R. **Caminhos históricos e epistemológicos da psicologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2009, p. 57-72. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68474>>. Acessos em 14 Mar. 2020.

SCHNEIDER, D. R. **Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, May 2010 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 May 2020. doi: 10.1590/S1413-81232010000300011.

SCHNEIDER, D. R., & DE LIMA, D. S. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde**. Revista Psico, v.42, n.2, PUC-RS, 2011 Disponível: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>. Acessos em: 07 Feb 2020.

SCHNEIDER; D. R. et al. Um olhar existencialista sobre o uso de drogas. In: CASTRO, F.; SCHNEIDER, D. R.; BORIS, G. D. J.P. **Sartre e os Desafios da Psicologia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Via Veritas, 2017. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Georges-Daniel-Bloc-Boris/publication/320297767\\_J-SARTRE\\_E\\_OS\\_DESAFIOS\\_A\\_PSICOLOGIA\\_CONTEMPORANEA/links/5f97d8bb299bf1b53e498ef9/J-P-SARTRE-E-OS-DESAFIOS-A-PSICOLOGIA-CONTEMPORANEA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Georges-Daniel-Bloc-Boris/publication/320297767_J-SARTRE_E_OS_DESAFIOS_A_PSICOLOGIA_CONTEMPORANEA/links/5f97d8bb299bf1b53e498ef9/J-P-SARTRE-E-OS-DESAFIOS-A-PSICOLOGIA-CONTEMPORANEA.pdf)

SILVA, A. S. T.; SILVA, R. N. **A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental**. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 26, n. 2, p. 210-221, June 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em 02 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000200005>.

SILVEIRA, R. W. M. **Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis**. Rev. NUFEN, Belém, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 nov. 2019.

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na Prática Sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

SOARES, M. A. S.. **‘Vão voltar com o modelo que a gente sabe que não deu certo’**. Fiocruz 2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/vao-voltar-com-o-modelo-que-a-gente-sabe-que-nao-deu-certo>

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.

SOUZA, A. M.; PONTES, S. A. **Acompanhamento terapêutico (AT) e reforma psiquiátrica: história de uma prática**. Psicol. estud., Maringá, v. 22, n. 3, p. 335-345, jul./set. 2017. Doi: 10.4025/psicolestud.v22i3.35235

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.. **Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD**. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. [online]. fev. 2006, vol.2, no.1 [citado 27 Junho 2011], p.0-0. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1806-6976.

SZASZ, T. S.. **A fabricacao da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

TAVEIRA et al. **Um encontro no cotidiano: experiências de uma equipe de acompanhantes terapêuticos**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.13, n.34, p.80-90, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br>. Acessos em: 13 Jan. 2022.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?** *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 2008.

VELHO, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. *In: VELHO, G. Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

Do pulsar das ruas, da insurgência das zonas de guerra, daquilo que na cidade não se deixa dominar. Isto talvez pudesse traduzir a efervescência dos tempos atuais, aos quais o AT se conecta, se contagia, se multiplica, faz rede e potencializa sua função micropolítica ao acolher e buscar lugares de conexão e convivência nos espaços públicos da cidade à alteridade absoluta e irreduzível, à diversidade, à pluralidade, furando cercos, quebrando muros, rompendo códigos, resistindo, tentando transformar isto que aí está (SERENO, 2018, p. 172).

Preciso dizer aqui como foi tortuoso o processo de construção desta dissertação, pois me levou necessariamente a revisitar as “novas” políticas públicas e os modos de tratar os usuários de álcool e drogas na atualidade. Um caminho gerador de angústia frente aos retrocessos das “novas políticas” no campo da Saúde Mental, já citados nas discussões desta pesquisa, para quem há muitos anos atua no campo da saúde mental e participou da construção de alternativas antimanicomializantes, como foi a consolidação do movimento de Acompanhamento Terapêutico no Brasil. Solidarizo-me com o desabafo de Sereno (2018): “posso dizer que foi um horror voltar ao período da ditadura, no momento em que estava em andamento o golpe atual, com a votação do impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Horror de ver que os atores daquela época do golpe de 1964, eram os mesmos do golpe atual: estavam lá desde sempre, nunca saíram” (p. 171). É inegável os avanços alcançados não somente na área da saúde e saúde mental, mas também em todas as outras, especialmente, a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, e do sistema público de saúde que ela criou, o nosso SUS. É bem verdade que, antes do golpe, os processos de avanço do SUS e da RAPS vinham caminhando a passos lentos, e com muitas dificuldades, já havia muitos problemas a serem sanados, mas vinha-se avançando. Porém, simplesmente desmontar tudo que vem sendo construído a duras penas desde então é um realmente um ultraje.

Como vimos nos depoimentos de nossos entrevistados, os quais confirmaram os achados das discussões da literatura especializada no campo, o AT dialoga diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial e se coloca como um dispositivo clínico e político de resistência, na direção dos processos de desinstitucionalização e reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico grave, incluindo aqui aquelas com problemas advindos do uso de álcool e outras drogas. Pessoas estas que vêm sofrendo um

conjunto de estigmas, desde quando diagnosticadas e rotuladas pelo saber/poder biomédico como doentes, desdobrando-se daí as noções de incapazes, incompetentes, desajustadas. A função do AT é, justamente, mediar processos de ruptura com os mecanismos de estigmatização e fortalecer o movimento da pessoa no mundo real, em seus contextos de vida, em seu território existencial, se reapropriando da cidade como espaço de ser e de cidadania. Este é um dos principais argumentos de nossos respondentes, que assumem a função ético-política do AT como fundante de suas práticas.

Vimos no levantamento do perfil do profissional que atua no campo que este é um grupo que vem crescendo em número e abrangência de atuação, e o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas vem se consolidando como uma importante prática no universo do AT. São profissionais com maior maturidade, geralmente acima de 35 anos, atuando havia mais de cinco anos na área e com uma formação sólida na graduação, assim como com formações ou especializações específicas para atuar no campo do AT, o que mostra o processo de qualificação dessa prática. Há um clima entre os profissionais que ressalta a importância da supervisão ou discussão de casos clínicos em grupo, fornecendo suporte técnico e emocional para que o profissional tenha continuidade em suas experiências como acompanhante e possa dividir suas experiências clínicas, visando buscar alternativas de ação em situações mais extremas que sempre acabam aparecendo no contexto do AT.

Há um predomínio de profissionais da área psi atuando como acompanhante, devido às demandas elevadas de manejo clínico e conhecimento de psicopatologia, gestão de crise em saúde mental, e uma abordagem clínica que sirva como “caixa de ferramentas”, a fim de realizarem as ações de AT com pessoas em sofrimento psíquico grave, mediando o seu movimento no seu cotidiano, sua vida de relações e em contextos socioculturais diversos.

Esse perfil do profissional de AT se soma aos resultados da pesquisa qualitativa, que desvelou as perspectivas que estes adotavam sobre o acompanhamento, suas concepções teóricas, epistêmicas, metodológicas, suas práticas, impasses e desafios enfrentados, para aqueles que se dispuseram a acompanhar usuários com problemas na relação com o uso de álcool e outras drogas em suas crises, sua retomada de movimento no mundo real, em suas casas, na rua, nas áreas de lazer, na cidade.

Como refletem Muller-Granzotto & Muller Granzotto (2012), há momentos na vida em que nos sentimos fragilizados, sem entender nossos sentimentos, um pouco perdidos ou tomados por medos, estressados pelo excesso de demandas de trabalho ou vivendo conflitos nas relações amorosas, familiares ou outras mais. Frente às contingências da vida, em que nos sentimos impedidos de executar nossos projetos, nos vulnerabilizamos e vamos criando formas



de nos defender e sobreviver emocionalmente, gerando sofrimento a nós mesmos e àqueles que nos cercam. Mas, com o modismo dos diagnósticos psiquiátricos, reações normais das pessoas a certas adversidades da vida viram patologias a serem tratadas. Não podemos negar a necessidade de atenção e cuidado ao sofrimento humano, mas o ato de transformá-lo à revelia em doença deve ser seriamente problematizado e questionado. Nesta direção, entra a atuação do acompanhante terapêutico, que foca na potência de vida dos usuários e não somente nos sinais e sintomas, que muitas vezes são inviabilizadores do sujeito. Sendo assim, sustenta-se em uma lógica despatologizante. Com isto, abre campos de possibilidades de ser e ressignificação de trajetórias, lugares e relações interpessoais, mediando a reconstrução da autoestima do sujeito.

O modo de vida contemporâneo cria uma cultura imediatista em que os desejos precisam ser satisfeitos com urgência. Nos tornamos desesperados e apegados aos objetos de desejo que o capitalismo produz. É quase impossível resistir à pressão midiática que nos bombardeia diariamente oferecendo uma infinidade de produtos e seus supostos efeitos milagrosos. É a promessa utópica da felicidade plena que nunca conseguimos alcançar, e que produz uma sensação de que nunca estamos à altura do que se espera de nós. Tudo muda e muda muito rápido, nada é feito para durar, e a velocidade das mudanças faz dos sujeitos úteis de hoje, supérfluos e descartáveis amanhã. Estas questões se colocam como pano de fundo dos problemas relacionados ao uso de drogas na atualidade, que tem na busca do prazer imediato e na lógica da sociedade de consumo os seus macrodeterminantes. Problemas estes que têm ocupado lugar preponderante nas questões de atenção psicossocial e ocupado o lugar do antigo louco nas engrenagens das políticas e instituições de saúde mental. Esta dimensão macro se soma às experiências singulares dos sujeitos, seus impasses existenciais e relações interpessoais truncadas, formando as condições de possibilidade para que um uso de drogas deixe de ser experimental, social, ou simplesmente prazeroso, para se tornar um ciclo vicioso de dependência, produzindo aquilo que Messas (2015) chama de afunilamento existencial, no qual as relações do sujeito ficam condensadas no aqui e agora, na busca dos efeitos instantâneos da substância, afuniladas neste ponto único de inserção no mundo, com profundas experiências de sofrimento psíquico e de rupturas de vínculos familiares, sociais e comunitários. Nesta direção, entra a importância da mediação do AT com estes usuários, de retomar relações concretas, desafunilando seu ser, ampliando o campo de possibilidades reais, com a rua, a cidade, o trabalho, os amigos, a família.

As considerações tecidas acima não pretendem, de nenhuma forma, promover uma culpabilização do social, outrossim, analisar, ainda que minimamente, o contexto em que nossas

vidas estão inseridas, e pensar os impactos que ele tem sobre cada um de nós, sobre a saúde do nosso corpo, sobre a nossa sanidade. Acreditamos em uma psicopatologia relacional, ou seja, produzida na relação do sujeito com o tecido social. Na leitura de Muller-Granzotto & Muller Granzotto (2012), o uso de drogas é concebido como uma fuga aos conflitos produzidos na relação entre sujeito e o outro social, onde o sujeito busca se conectar a um objeto – álcool ou drogas, tecnologias, comida, sexo, trabalho, etc. – como forma de se desconectar das demandas sociais, e dos afetos com os quais não consegue lidar. Esta é apenas uma leitura não patologizante sobre o fenômeno drogas, entre outras, que buscam uma análise do sujeito em contexto, para pensar intervenções de prevenção, promoção da saúde e desenvolvimento da autonomia pessoal, como forma de resistir aos processos de objetivação da subjetividade e defender as pluralidades do ser. Na atenção à saúde mental, a Redução de Danos tem se mostrado um potente modo de cuidado e respeito às pessoas com uso problemático de álcool e drogas.

Alves & Mazzuco (2019) afirmam que na saúde mental há uma desqualificação das lutas que fazem resistência, aos saberes e práticas científicas, sociais e jurídicas que classificam e criam um lugar de isolamento e segregação para as pessoas que são indesejadas socialmente. Esta dissertação é sobre os usuários de álcool e drogas, sobre a ruptura com as formas cerceadoras da liberdade às quais estas pessoas têm sido submetidas, horizonte que se descortina através da prática de profissionais em Acompanhamento Terapêutico (AT).

## REFERÊNCIAS

ALVES, E. P.; MAZZUCO, E. Intervenções familiares na reabilitação de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: ZELUAR, A.; GERINI, E.; OLIVEIRA, M. R.; REICHERT, A. R. **Drogas, ciências e políticas públicas: discussões interdisciplinares e práticas de saúde**. Itajaí: Recanto das Letras, 2019.

MESSAS, G. **A existência fusional e o abuso de crack**. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2015, 4 (1), 124-140. Disponível em: <https://revistapfc.com.br/rpfc/article/view/1004/1004>.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas Gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012.

SERENO, D. Acompanhamento Terapêutico (AT) em tempos sombrios: um acompanhante (at) não faz verão. In GERAB, C. K.; FARES, M.; BONOMI, T. **Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Escuta, 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **“O Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas”**. Este estudo tem como objetivo geral analisar as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) utilizadas como estratégia clínica com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no Brasil.

Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Eduardo Pereira Alves, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e será orientada pela professora Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, o qual tem por função defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A pesquisa terá duas etapas para coletar informações. Você poderá participar das duas: 1ª Etapa: Sua participação consiste em responder de forma anônima um Questionário de Caracterização. O objetivo do questionário é coletar informações sobre as características do profissional que realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas. Ele será aplicado de forma *on line*, por meio do aplicativo *Google Forms*, e você poderá respondê-lo no momento e local de sua preferência.

2ª Etapa: Sua participação consiste em conceder uma entrevista semidirigida, e responder algumas perguntas abertas sobre as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Para ser um(uma) candidato(a) a participar da segunda etapa, você deverá marcar a opção SIM, na última questão do Questionário de Caracterização, que irá perguntar sobre o seu interesse em conceder a entrevista, e deixar seu *e-mail* no local indicado. Serão selecionados para esta etapa alguns respondentes do questionário que demonstrarem o interesse em participar da entrevista. Ao participar da entrevista, você não será obrigado(a) a responder todas as perguntas. A entrevista vai acontecer na modalidade *on line*, através da plataforma *Zoom Video Communications*, e será gravada em áudio e vídeo para que o pesquisador possa ter acesso integral e fiel à fonte dos dados coletados.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade de todos os dados coletados nos questionários e entrevistas, eles serão os únicos a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo das informações.

Todas as informações colhidas no questionário e nas entrevistas serão analisadas em caráter estritamente científico. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os dados do questionário e da sua entrevista serão utilizados apenas para esta pesquisa e ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse dos pesquisadores responsáveis, podendo ser descartados (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária. Você não vai receber compensação financeira relacionada à sua participação, e não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Caso você tenha alguma despesa ou algum prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento.

Ao participar desta pesquisa você poderá ser exposto a alguns riscos e desconfortos:

- Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário;
- Desconforto ou constrangimento durante as gravações de áudio e vídeo das entrevistas;
- Constrangimento ou descontentamento com as análises que serão realizadas sobre as características profissionais e o trabalho do Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas.
- Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que de forma involuntária e não intencional. Por exemplo: perda ou roubo de documentos, computadores ou *pen drive*, e acesso de terceiros aos dados por meio de invasão digital.

Caso você se sinta prejudicado(a) de alguma forma, poderá interromper imediatamente sua participação na pesquisa, sem nenhum problema. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem precisar apresentar qualquer justificativa para a desistência, e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo por isto. Caso você venha a sofrer algum dano ou prejuízo material ou imaterial decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado(a) por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Os pesquisadores estarão disponíveis e aptos para oferecer suporte se

você precisar, inclusive providenciar encaminhamento para atendimento psicológico, caso você entenda como necessário e manifeste o desejo.

Embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos e imediatos, ao participar você estará contribuindo para a ampliação de conhecimentos na área da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial. Sua participação vai ajudar a construir conhecimentos científicos sobre estratégias de cuidado clínico para as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que podem servir de fundamento para a formulação de políticas públicas na área.

A defesa da dissertação de mestrado que vai apresentar os resultados desta pesquisa(,) está prevista para dezembro de 2021, caso haja interesse, você poderá assistir. Os resultados serão repassados aos participantes em forma de resumo por escrito. O participante também poderá receber os resultados na íntegra, caso solicite esta devolução por *e-mail*.

Em caso de dúvidas sobre o projeto ou sobre os procedimentos, e também caso você se sinta prejudicado(a), poderá contatar os pesquisadores a qualquer momento da pesquisa, ou mesmo após o encerramento da mesma.

Contato dos pesquisadores:

- Pesquisadora responsável: professora orientadora Daniela Ribeiro Schneider

Fone: (48) 3235-1183

*E-mail:* [danischneiderpsi@gmail.com](mailto:danischneiderpsi@gmail.com);

- Pesquisador principal: orientando de mestrado Eduardo Pereira Alves

Fone: (48) 9.8418-6779

*E-mail:* [eduardopereirasc2@gmail.com](mailto:eduardopereirasc2@gmail.com).

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), caso queira fazer alguma reclamação. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O órgão fica localizado no Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. Contatos: (48) 3721-6094, [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

Os pesquisadores também irão assinar este documento, e comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você poderá baixar uma cópia do mesmo, para guardar a sua via, pois é um documento que traz informações importantes de contato e de garantia dos seus direitos como participante da pesquisa. Você deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, ficando dispensado(a) da assinatura em documento físico, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa: **“O acompanhamento terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas”**.

**Sim**

**Não**

\_\_\_\_\_  
Assinatura participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

Afirmamos que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o indivíduo acima por um dos pesquisadores, incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação neste estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Orientando Eduardo Pereira Alves  
Pesquisador Principal

**APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO E VÍDEO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham: gravação de voz e de vídeo da minha pessoa para fins de pesquisa científica. Eu concordo que o material e informações obtidos relacionados à minha pessoa possam ser utilizados em encontros científicos ou publicados em revistas científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade e guarda dos pesquisadores desta pesquisa.

**SIM**

**NÃO**

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Orientando Eduardo Pereira Alves  
Pesquisador Principal

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO (abaixo segue cópia fiel)

### **Questionário da pesquisa “O Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários (as) de álcool e outras drogas” Levantamento do perfil dos profissionais que atuam no campo**

#### **Convite à Colaboração e TCLE**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar de uma pesquisa sobre: “O Acompanhamento Terapêutico (AT) como estratégia clínica de cuidado territorial aos usuários de álcool e outras drogas”. Este estudo tem como objetivo geral analisar as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) utilizadas como estratégia clínica com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no Brasil. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Eduardo Pereira Alves, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e será orientada pela professora Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob nº 4.290.582.

Acesse o TCLE completo neste *link*: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/220689>

*1ª Etapa da pesquisa:* Sua participação consiste em responder de forma anônima um Questionário de Caracterização. O objetivo do questionário é coletar informações sobre as características do profissional que realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas. Ele será aplicado de forma *on line*, por meio do aplicativo Google Forms, e você poderá respondê-lo no momento e local de sua preferência.

*2ª Etapa:* Sua participação consiste em conceder uma entrevista semidirigida, e responder algumas perguntas abertas sobre as concepções e práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT) com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Para ser um(uma) candidato(a) a participar da segunda etapa, você deverá marcar a opção SIM, na última questão do Questionário de Caracterização, que irá perguntar sobre o seu interesse em conceder a entrevista, e deixar seu *e-mail* no local indicado.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Veja acima o *link* do TCLE para aprovar sua participação na pesquisa

- Aceito participar da pesquisa
- Não aceito participar da pesquisa

Caracterização dos profissionais que realizam Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas no Brasil

Qual a sua idade?

- Entre 18 e 24 anos
- Entre 25 e 30 anos
- Entre 30 e 35 anos
- Entre 35 e 40 anos
- Entre 40 e 50 anos
- Mais de 50 anos

Gênero?

- Feminino
- Masculino
- Outro

Se respondeu outro e desejar especificar, qual?

Cidade? Estado?

Curso mais elevado que completou?

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

Se você já terminou a graduação, há quanto tempo está formado?

- Há menos de 1 ano

- 2 anos ou menos
- 3 anos ou menos
- 4 anos ou menos
- 5 anos ou menos
- Mais do que 5 anos
- Mais do que 10 anos

Formação?

- Psicólogo(a)
- Enfermeiro(a)
- Assistente Social
- Terapeuta Ocupacional
- Fisioterapeuta
- Médico(a)
- Nutricionista
- Farmacêutico(a)
- Estudante
- Outros

Se respondeu outro, qual?

Realizou formação em Acompanhamento Terapêutico (AT)?

- Sim
- Não

Em qual modalidade? (Pode responder mais de uma opção.)

- Curso
- Grupo de Estudo
- Supervisão
- Outros

Se respondeu outro, qual?

Há quanto tempo?

- Menos de 1 ano
- 2 anos

- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos ou mais
- 10 anos ou mais

Em que instituição/cidade?

Total de horas?

- Até 16 horas
- Até 28 horas
- Até 60 horas
- Até 120 horas
- Até 240 horas
- Até 360 horas

Realizou formação na área de Álcool e Drogas?

- Sim
- Não

Há quanto tempo?

- Menos de 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos ou mais
- 10 anos ou mais

Em que instituição/cidade?

Total de horas?

- Até 16 horas
- Até 28 horas
- Até 60 horas
- Até 120 horas
- Até 240 horas
- Até 360 horas

Utiliza alguma abordagem clínica para realizar o Acompanhamento Terapêutico (AT)?

- Sim
- Não

Se sim, qual abordagem ou abordagem(ns)?

- Psicanálise Freudiana
- Psicanálise Lacaniana
- Psicanálise Winnicottiana
- Esquizoanálise
- Gestalt-terapia
- Psicodrama
- Existencialismo
- Fenomenologia
- Terapia Comportamental
- Terapia Cognitiva Comportamental
- Análise Experimental do Comportamento
- Sistêmica
- Outros

Se respondeu outro (ou deseja especificar alguma opção), qual?

Há quanto tempo você realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) com qualquer tipo de usuário?

- Menos de 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos ou mais
- 10 anos ou mais

Há quanto tempo você realiza Acompanhamento Terapêutico (AT) especificamente com usuários de álcool e outras drogas?

- Menos de 1 ano
- 2 anos
- 3 anos



Quão importante você considera a formação na área dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas para quem atua neste campo (AT com usuários AD)?

1      2      3      4      5

Nada Importante    ( )    ( )    ( )    ( )    ( )      Muito Importante

Quão importante você considera o profissional de AT ter uma abordagem clínica que oriente sua prática?

1      2      3      4      5

Nada Importante    ( )    ( )    ( )    ( )    ( )      Muito Importante

Você tem interesse e aceita participar de uma entrevista semidirigida, no formato *on line*, sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários de álcool e outras drogas, em um outro dia e horário, a serem previamente combinados?

( ) Sim

( ) Não

Deixe seu *e-mail* para contato, caso aceite participar da entrevista semidirigida:

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA**

- 1) O que é para você ser AT?
- 2) Como os princípios do AT podem ser utilizados com usuários de álcool e outras drogas?  
Quais as especificidades de acompanhar este público?
- 3) Como você define o *setting* terapêutico do AT?
- 4) Você utiliza o modelo do projeto terapêutico singular? Como é construído este projeto no seu trabalho de AT?
- 5) Como sua prática se relaciona com as redes sociais significativas do seu acompanhado?
- 6) Como sua prática se relaciona às redes de saúde ou socioassistenciais?
- 7) Como são organizados os encontros e os roteiros das saídas?
- 8) Como você entende a prática do AT relacionada com o território e com a cidade?
- 9) Como você relaciona o AT com o campo da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
- 10) Você conhece a Redução de Danos (RD)? Como você a relaciona com a prática do AT?
- 11) Qual a função dos processos formativos para a prática do AT (formação em AT, formação em abordagem clínica, formação na área álcool e drogas, supervisão ou outros)?
- 12) Você acha importante conservar uma dimensão “do ser leigo” na prática do AT?