



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Monique Cristina Henares Batista

Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político na extensão universitária

Florianópolis
2026

Monique Cristina Henares Batista

Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político na extensão universitária

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia, na área de Psicologia Social e Cultura.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia Mandelli de Marsillac.

Coorientador: Prof^º Dr^º Jeferson Rodrigues.

Florianópolis

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Batista, Monique Cristina Henares
Acompanhamento Terapêutico: : Dispositivo
clínico político na extensão universitária / Monique
Cristina Henares Batista ; orientador, Ana Lucia
Mandelli de Marsillac, coorientador, Jeferson
Rodrigues, 2026.
142 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Acompanhamento Terapêutico. 3.
Saúde Mental. 4. Extensão Universitária. 5. Psicanálise.
I. Marsillac, Ana Lucia Mandelli de. II. Rodrigues,
Jeferson. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Monique Cristina Henares Batista

Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político na extensão universitária

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, no dia 02 de março de 2026, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Marcela de Andrade Gomes, Dr. (a)

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Analice de Lima Palombini, Dr. (a)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Psicologia.



Documento assinado digitalmente

Iuri Novaes Luna

Data: 27/03/2026 16:51:08-0300

CPF: ***.989.989-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente

Ana Lucia Mandelli de Marsillac

Data: 23/03/2026 10:00:04-0300

CPF: ***.653.470-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

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

Orientadora



Documento assinado digitalmente

Jeferson Rodrigues

Data: 23/03/2026 11:58:07-0300

CPF: ***.847.999-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Jeferson Rodrigues, Dr.

Coorientador

Florianópolis, 2026

Dedico esse trabalho às mulheres que confiaram à minha escuta um fragmento de suas histórias, e assim, mudaram a minha. Que me fizeram, mais do que nunca, desejar a cidade como espaço coletivo de vida e de cuidado. À uma política de saúde mental que não as re-violente.

Agradecimentos

Às mulheres que, no difícil momento de internação hospitalar, confiaram à minha escuta um fragmento de suas histórias. À elas que diante de um contexto que tampona narrativas, ousaram gritar com voz e corpo as suas histórias, como quem se recusa a deixar de ser sujeito. Em especial à Jaqueline, que, diante de uma internação compulsória, sustentava o desejo pela cidade através do encontro diário com os pássaros no pátio da unidade, e, por meio do compromisso diário de alimentá-los, saía de carona voando para fora daqueles muros. Junto dela, lancei-me também à cidade e a urgência de seguir o compromisso com o cuidado em território. À uma política de saúde mental que não as re-violente.

À minha orientadora, Ana Marsillac, ao meu coorientador, Jeferson Rodrigues, e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, por abrirem espaço para as minhas perguntas, acolherem tantas inquietações e, gentilmente, conduzi-las, transformando-as em questão e em movimento de pesquisa.

Ao projeto de extensão *Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade* e aos acompanhantes terapêuticos que dele fizeram parte, por me aproximarem desse dispositivo e instaurarem em mim um novo capítulo de aposta nos movimentos micropolíticos da reforma psiquiátrica e na clínica psicanalítica nos territórios vivos da cidade.

Aos autores e pesquisadores que, ao longo dos anos, se debruçaram a pensar o Acompanhamento Terapêutico em interlocução com a saúde mental e que, por meio de seus escritos, fizeram-me companhia nesta jornada de pesquisa. E, especialmente, às professoras que compuseram a banca de qualificação e defesa, Deborah Sereno, Analice Palombini, Marcela Andrade e Daniela Schneider, por aceitarem generosamente o convite e por se debruçarem comigo no diálogo sobre o Acompanhamento Terapêutico, a extensão universitária e a clínica psicanalítica no território.

Aos amigos de vida e aos amigos do mestrado, que incentivaram os meus sonhos. Em especial, Amanda, Andressa, Julia, Laís e Nadia, que partilharam os “dias de luta e os dias de glória”. De forma generosa, compartilharam leituras, indicações de textos, mesas de bar e de café, além de alguns lencinhos de papel nos momentos de angústia, transformando não apenas o percurso de pesquisa, mas também o de vida. Obrigada por acreditarem, mesmo quando eu me sentia perdida, que eu tinha algo a dizer.

Às mulheres que vieram antes de mim e apostaram que a educação e a coletividade transformam muita coisa, em especial às professoras, desde a educação infantil, ensino médio e, especialmente, às professoras da graduação em Psicologia da Unicentro, por firmarem o compromisso com uma psicologia social e comunitária, com a saúde pública e por acreditarem em uma psicanálise que se volta à cidade.

À minha família, minha mãe, meu pai e minha irmã, que acompanharam e incentivaram a minha curiosidade pela vida. Em especial, àquelas que escolheram a docência como profissão, minha mãe, minhas tias, minha avó e minha bisavó, que alimentaram em mim a curiosidade, a investigação e a luta pelos direitos humanos como combustível de vida.

Ao meu companheiro de vida, André, que apostou comigo no desejo pela pesquisa, escutou e leu tantas elaborações, sustentou os dias difíceis e as minhas ausências. Ao nosso pequeno Marcelo (*in memoriam*) e à sua irmã, a pequena Luísa, prestes a chegar, que estiveram presentes no percurso de escrita. E, claro, à nossa canina Lana, que pacientemente permaneceu embaixo da mesa do escritório e, de um modo carinhoso e único, acompanhou-me na escrita de todas essas linhas.

“Não há fórmula mágica, mas tentativa e erro, destemor e paixão, sempre o combate contra o ressentimento (...), a disposição constante de sustentar a posição de bombeiro e incendiário ao mesmo tempo, numa conjunção de força e ternura, afeto e crueldade, continência e anarquia”. (Pelbart, 2008, em seu comentário no livro “Clínica peripatética”, de Lancetti, 2008)

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico no Brasil surge em meio a movimentos sociais e políticos que se voltavam a refletir e a reivindicar direitos humanos e o exercício da cidadania na atenção à Saúde Mental. Tecida nesse contexto, a prática contribuiu para a reflexão sobre a atenção prestada aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso e para o processo de desinstitucionalização da loucura. Sua aproximação com a Psicanálise propiciou desdobramentos clínicos para além do *estar junto*, ao articular a perspectiva de sujeito de direito a sujeito de desejo, movimento que possibilitou a clínica das psicoses na cidade. Embora não tenha sido incorporada às políticas públicas de saúde mental, a prática aproximou-se de instituições universitárias e de ensino independente por seu caráter clínico e micropolítico, sendo, ainda hoje, reconhecida como um importante dispositivo clínico-político na atenção em saúde mental. Dessa maneira, esta pesquisa voltou a escutar esse dispositivo através da participação nas supervisões clínicas de acompanhantes terapêuticos em um projeto de extensão universitária. O estudo fundamentou-se no método e na ética psicanalítica de investigação, através de pilares como a transferência com o tema e com o grupo de supervisão, a atenção flutuante, a associação livre, o registro em diário de experiência e a revisão bibliográfica, possibilitando a análise do fenômeno na dimensão do a posteriori. Teve como objetivo analisar o Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária, na interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial e com a escuta clínica fundamentada pela psicanálise. Essa pesquisa justifica-se por incrementar e transmitir princípios da clínica ampliada e do cuidado em liberdade como forma de contribuir na qualificação da atenção psicossocial e no movimento coletivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para que continue viva e em movimento na atualidade.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Extensão Universitária; Psicanálise.

Abstract

Therapeutic Accompaniment in Brazil emerged within social and political movements that critically engaged with mental health care and advocated for human rights and the exercise of citizenship. Embedded in this context, the practice contributed to reflections on the care provided to individuals experiencing severe psychological distress and to the process of the deinstitutionalization of madness. Its articulation with Psychoanalysis enabled clinical developments that goes beyond the mere “presence”, by shifting from a conception of the subject of right to that of the subject of desire—thus making possible a clinic of psychoses situated within the urban context. Although Therapeutic Accompaniment has not been formally incorporated into public mental health policies, it has established close ties with universities and independent educational institutions due to its clinical and micropolitical character, and it continues to be recognized as a significant clinical-political device in mental health care. In this regard, the present study sought to re-examine this device through participation in clinical supervision groups of therapeutic companions within a university extension project. The research was grounded in the psychoanalytic method and ethics of investigation, drawing on principles such as transference with the theme and the supervision group, evenly suspended attention, free association, experiential diary records, and a bibliographic review, allowing for an analysis of the phenomenon in the dimension of *après-coup*. The study aimed to analyse Therapeutic Accompaniment as practiced within university extension, in dialogue with the Psychosocial Care Network and with clinical listening grounded in psychoanalysis. This research is justified by its contribution to strengthening and transmitting principles of expanded clinical practice and care in freedom, thereby supporting the qualification of psychosocial care and the collective movement of the Brazilian Psychiatric Reform, so that it remains active and ongoing in the contemporary context.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; Mental Health; Psychiatric Reform; University Extension; Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

AT - Acompanhamento Terapêutico

at - Acompanhante Terapêutico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFP - Conselho Federal de Psicologia

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

PNASH - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PS - Pronto Socorro

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVC - Programa De Volta Para Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UE - Urgência e Emergência

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	3
SUMÁRIO.....	6
Apresentação.....	8
Introdução.....	13
Objetivos.....	25
Método.....	26
3.1. A psicanálise enquanto norteadora desse percurso metodológico.....	26
3.2 Caracterização do Campo de Pesquisa.....	36
3.2.1 O projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade”, os grupos de supervisão e participantes.....	36
3.3 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	37
3.4 Procedimentos Éticos.....	39
4. O Acompanhamento Terapêutico no Brasil e sua relação com a Atenção em Saúde Mental.....	40
4.1 Uma breve contextualização sobre a história da loucura na modernidade e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	40
4.2. História do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, e sua relação com a Atenção em Saúde Mental.....	50
5. O Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária.....	60
5.1 Base formativa do at graduando em psicologia.....	60
5.2 A supervisão como eixo formativo.....	65
5.3 Fronteiras entre a extensão universitária e a rede.....	69
6. O AT e a Rede.....	74
6.1 Observações sobre a relação do Projeto de Extensão e a Rede de serviços locais, ou, como chegam os casos:.....	74
6.2 Sobre a escuta da Reforma Psiquiátrica, o endereçamento da crise e a articulação de rede.....	83
7. O AT através da ética psicanalítica.....	90
7.1 A psicanálise e dispositivos clínico-políticos.....	90
7.2 A clínica das psicoses no AT.....	96
8. Conclusões.....	114
REFERÊNCIAS.....	121

Apresentação

Falar ainda hoje sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) pode transparecer um retorno a estradas já muito familiares e mapeadas. O que há ainda para falar a respeito? Para além de todo o desmonte e o desinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) territorial, sem falar do retorno a um modelo hospitalocêntrico, as práticas manicomiais se perpetuam através dos olhares, da escuta e dos discursos que compõem a atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Vinte e dois anos após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, a persistência de práticas manicomiais e de desafios estruturais na política de Saúde Mental evidencia a necessidade de reafirmar o compromisso ético e político com a atenção psicossocial no Brasil e com a luta antimanicomial.

Por que então mais uma pesquisa sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT), quando muito já se produziu a respeito? Por que o AT?

Nunca fui AT. Sou psicóloga clínica e hospitalar há 10 anos, e sei dizer sobre uma avaliação psicológica em serviços de emergências, sobre classificação de risco, sobre manejo de episódios de crise aguda, sobre a importância de um bom encaminhamento para a Rede. Para o AT, eu sei perguntar, junto com tantas outras inquietações que passaram a me habitar e a invadir meu raciocínio clínico no cotidiano do trabalho. As constantes reinternações em um mesmo ano, a desautorização de saber sobre si e sobre o seu sintoma e a repressão que partia de algumas equipes quando certas condutas eram questionadas.

Algumas pacientes que permaneciam por meses conosco na unidade de internação, partilhavam durante as nossas caminhadas pelo pátio da unidade suas teorias do mundo e a relação com seu sofrimento. Em uma dessas caminhadas, uma das pacientes reafirma que não queria que a voz, nomeada institucionalmente como alucinação auditiva, desaparecesse, porque era ela quem lhe fazia companhia. Um belo e necessário desencontro entre o que se nomeia como sintoma, e o sentido que o mesmo ganha para o sujeito. Um desencontro que precisa ser escutado para que, no que se nomeia como tratamento, não se perca de vista o sujeito em sua produção de sentido.

Outra dessas mulheres narrava para mim ser dona daquela instituição psiquiátrica, e ser também dona de grandes emissoras, depois, dizia que ela era uma famosa cantora gospel. Ela me dizia que era alguém importante. A partir desse relato, passamos a organizar pequenos shows dentro da Unidade, ela se apresentava e eu a escutava, depois de um tempo os shows ocorriam em mais horários e para outros públicos (também mulheres internadas naquela unidade). Até que seu nome deixou de remeter à imagem de uma cantora gospel famosa e

passou a ser associado ao seu nome de batismo; da mesma forma, suas músicas deixaram de ser exclusivamente gospel e passaram a refletir aquelas de que ela se lembrava e de que gostava.

Depois de um tempo, em um desses encontros ela me disse que “sabia muito bem do meu tipo”, que eu era mais uma “dessas” com cara de “boazinha” mas que achava que sabia mais que ela. Nesse momento, ela aponta para uma mancha no meu jaleco e diz “olha, está sujo”, me pergunta se eu sei o nome dela e completa falando o seu nome completo de batismo. Disse em nome próprio.

Ali eu usava mesmo um jaleco, e isso também é um dispositivo, um dispositivo disciplinar, de saber. Ali eu não tinha nome, tinha, naquele momento, um jaleco. O jaleco, ali, operava como um dispositivo disciplinar porque não apenas identificava uma função, mas produzia um lugar de saber e de poder. Ao usá-lo, meu nome se dissolvia na função institucional, e eu passava a ser reconhecida como representante daquele saber. Ainda assim, a posição de estar junto me convocava muito mais do que o jaleco, não queria saber, eu queria acompanhar essas histórias para além dos muros institucionais.

Me colocar a escutar a verdade do sujeito, e mais tantas inquietações que integravam a minha experiência de trabalho naquele lugar, me trouxeram ao AT sustentado pela ética psicanalítica. Passei a perguntar para a RPB sobre como sustentar uma luta antimanicomial nos dias atuais, e à Rede Psicossocial da grande Florianópolis sobre como sustentar um cuidado ético em território, mesmo com pessoas que não conseguiam chegar ou se vincular aos moldes tradicionais então dispostos na RAPS.

Assim, eu cheguei ao projeto “Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade”, um dispositivo clínico que até então não conhecia. Apreendi a perguntar ao AT, junto a tantas outras inquietações que passaram a me habitar no encontro com as práticas hoje vigentes em SM. Esta pesquisa caracteriza também uma singela contribuição a este grande e histórico movimento coletivo da RPB, para que continue vivo e em movimento na atualidade.

O que mobiliza alguém a pesquisar? As reflexões aqui apresentadas partem de um percurso formativo e profissional atravessado pela saúde pública e pela saúde mental, no qual se constituiu, progressivamente, um desejo de pesquisa articulado a um compromisso ético e político com o Sistema Único de Saúde. Esse processo teve início na formação em uma universidade pública estadual, aprofundou-se na residência multiprofissional - por meio da atuação nas urgências e emergências em saúde mental nos diferentes equipamentos da Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS) - e se desenhou, posteriormente, na prática como psicóloga hospitalar e da saúde em um hospital psiquiátrico estadual vinculado ao SUS.

A trajetória como psicóloga em equipamentos da RAPS, em especial, nos equipamentos de Urgência e Emergência (UE) como Pronto Socorro (PS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um Hospital Psiquiátrico Estadual, me fizeram pensar sobre o lugar para o cuidado em saúde mental hoje no território. Reverberou em questões que deram origem a uma pergunta de pesquisa.

As portas de entrada da UE e o momento agudo do sofrimento contornaram as minhas primeiras experiências e a minha escuta; dos dez anos de atuação que iniciaram na Residência Multiprofissional, até a elaboração dessa pesquisa, somaram-se muitas inquietações. Partilho fragmentos de memória, um recorte de cena do cotidiano de trabalho:

“Uma mulher trans em momento de crise no Pronto Socorro, apresenta o que no hospital chamam de agitação psicomotora, chega com o SAMU, contida na maca. Fala alto, grita com a equipe, a equipe grita de volta, para ela e entre eles “A gente tem um monte de paciente para cuidar, e chegam esses que só querem bagunça, amanhã ela está aí de novo!” A equipe ainda não me acionou, mas visualizo de longe a cena e me aproximo. Chama-se busca ativa. Ou, para mim, a escuta que se volta ao sujeito e ao entorno numa instituição.

Antes mesmo que eu tenha chance de me aproximar da mulher, que nitidamente estava em sofrimento, escuto da equipe, “lá vem a psicóloga, conversa com ela que ela tem paciência, eu tenho um monte de paciente para cuidar”. Mais perto de mim, a equipe fala que não há muito o que ser feito, se trata de uma pessoa em situação de rua e que abusa de substâncias psicoativas, ela receberá alta e em outro dia retornará na mesma situação. Me aproximo da maca, digo meu nome e a minha profissão, a pergunto se ela gostaria que eu estivesse por perto naquele momento, a pergunto o seu nome. Ela me conta que naquela noite havia sofrido uma violência, o seu rosto estava machucado. Realizamos um primeiro acolhimento e ela se sente confortável e segura para partilhar da sua história. Naquele momento de escuta, não há agitação.

Pensamos juntas algumas possibilidades de cuidado, imediatas, inicialmente, como a necessidade da profilaxia pós exposição, o registro da violência sofrida, e o desejo que manifestou por se higienizar e se alimentar. Saio da cena para articular com a equipe esses primeiros encaminhamentos necessários, procuro a técnica de enfermagem, a enfermeira do setor, a assistente social e a médica. Quando retorno, a paciente não está mais lá. Há uma maca vazia, lençol arrastado no chão, algumas gotas de sangue pelo caminho. Pergunto

para a equipe o que houve e escuto “A sua paciente começou a agitar demais, queria tudo na hora dela, se ela quis ir embora a gente não tem o que fazer, tem que fazer o registro de evasão.”.

Nesses equipamentos, de forma recorrente, a psicologia recebe como demanda uma certa “resolução” da crise, que frequentemente está associada a uma expectativa de silenciamento da expressão do sofrimento, um processo que se inicia através de uma avaliação inicial e finaliza com algum encaminhamento para os demais equipamentos da rede. O fragmento compartilhado possibilita alguns caminhos de reflexão, dentre eles: em que de fato consiste a premissa de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado? De que forma os serviços de saúde conseguem escutar a expressão de uma crise em saúde mental? Quais as barreiras de acesso encontradas pelas pessoas que destoam de uma normativa social posta? Qual o espaço para aqueles que não respondem aos protocolos instituídos e enrijecidos que compõem as instituições, e que retornam constantemente aos serviços de urgência e emergência? Diante de tantos protocolos de cuidado e fluxos a serem seguidos, qual o espaço possível para a clínica do sujeito? Diante de uma crise (da RAPS), o que há para ser feito (ou para ser escutado)?

A atuação nos equipamentos de urgência e emergência encontra-se intrinsecamente ligada a uma experiência de um tempo em que não se espera pelo depois, da classificação de risco, do significativo Cuidar e Salvar. Esse trabalho demanda interlocução multiprofissional, uma linguagem compartilhada entre os diversos campos do saber e avaliações psicológicas bem fundamentadas. Além disso, requer articulações que permitam a classificação de risco, o manejo das crises agudas e o encaminhamento eficiente e resolutivo aos demais níveis de atenção da rede.

Entretanto, a atenção flutuante, que me acompanha nos diferentes *settings* clínicos, escutava outros significantes, que pareciam estar na contramão do que era proposto: Adesão/não adesão ao tratamento; “*Não tem o que ser feito*”; “casos crônicos e refratários”; Lista de espera do CAPS; Desencontro entre a prescrição medicamentosa, os efeitos colaterais, e o cotidiano do sujeito; Ausência de espaço-tempo para a escuta do singular; Desidentificação do sujeito com as equipes e os serviços da RAPS.

Cito algumas percepções desse percurso, como as múltiplas e recorrentes reinternações; o enrijecimento de protocolos de atendimento; a circulação do saber-poder cada vez mais restrita à equipe de saúde; a retaliação aos pacientes que questionam condutas, como medicações e diagnósticos; as maciças respostas universais e categóricas, que

suprimem a construção de um saber singular e relacional. Aspectos que contornam o acesso aos serviços, e podem inviabilizar a continuidade do cuidado, através de barreiras como a fragilidade dos vínculos com as equipes, e a facilitação de evasões e de abandono do acompanhamento.

Algo se perde no cotidiano dos serviços, no endereçamento da narrativa do sujeito. A ausência de espaço na rede para a escuta do singular sucumbe o processo de cuidado a um montante de protocolos enrijecidos que, instituem barreiras ao acesso à saúde daqueles que destoam de uma norma subjetiva posta. O saber ocupa um espaço que tampona a lacuna necessária para a escuta: a escuta do sujeito, da própria instituição, da cidade, do território em que se está inserido.

Diante desse complexo contexto, como seguir o compromisso de sustentar o cuidado em saúde mental no território, de modo que inclua os sujeitos que não conseguem acessar os serviços ou se vincular aos moldes tradicionais de tratamento? Qual o espaço-tempo para a escuta do singular na RAPS? Como caminhar para a não cronificação da internação? Quais os pontos afrouxados dessa rede? Como sustentar uma luta antimanicomial nos dias atuais? Diante de tais perguntas, debruço-me sobre a atenção em saúde mental no Brasil.

Esses questionamentos foram tecidos no encontro com equipes, usuários, estudantes, territórios, equipamentos de saúde, na pluralidade das relações e dos arranjos singulares que se constroem entre as articulações de rede. Um trajeto itinerante que teve início em Irati, Paraná, e hoje em Santa Catarina, na cidade de Florianópolis.

Esse percurso levou ao encontro do projeto de extensão universitária intitulado "Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade", que acompanha sujeitos em sofrimento psíquico grave, nos seus territórios psíquicos e geográficos. Os encontros mobilizaram novos questionamentos sobre os movimentos micropolíticos na atenção em Saúde Mental e deslizaram para esta pesquisa. Portanto, essa pesquisa decorre de um conjunto de inquietações e questionamentos que proporcionam movimento ao desejo de encontrar caminhos, de percorrer os rastros dos efeitos micropolíticos de uma clínica para o cuidado em liberdade.

Introdução

Os fragmentos e as inquietações apresentados no tópico anterior ressoaram para uma escuta da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na atualidade, para uma reflexão sobre as atualizações das práticas manicomiais que vão para além do manicômio. Vinte e cinco anos após a publicação da Lei 10.216/2001, que institui os direitos das pessoas com adoecimento psíquico grave e redireciona o modelo de atenção em saúde mental para o cuidado em liberdade, ainda se faz necessário o compromisso ético e político com o cuidado em território e com a luta antimanicomial.

Nos últimos dez anos da atenção psicossocial no Brasil tivemos um impactante desmonte e um desinvestimento na RAPS, bem como o fortalecimento de um modelo hospitalocêntrico (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Vedana et al (2024) refletem e reiteram esse aspecto através de um levantamento das políticas de saúde mental no Brasil a partir dos marcos legislativos despontados nos últimos anos, especialmente a partir de 2015. A criação de novas portarias e o redirecionamento do financiamento público voltados a uma perspectiva hospitalocêntrica e psiquiátrica tradicional ressaltam o embate entre modelos no estabelecimento das políticas públicas e no enfraquecimento do paradigma psicossocial, tensionando ainda mais os equipamentos voltados ao cuidado em território.

A garantia de acesso e integralidade, diretrizes da Lei 8.080/90, são constantemente desafiadas na Atenção em Saúde Mental. O desinvestimento nos equipamentos do território desenha uma realidade de demanda reprimida, os serviços precisam então estabelecer critérios de absorção pautados em classificações de risco, voltadas aos quadros mais agudizados, graves, desenvolvendo normativas e protocolos que por vezes operam uma barreira de acesso aos sujeitos que não apresentam ainda um quadro crônico ou agudo. Citamos como exemplo o estabelecimento de critérios para acesso e permanência nos equipamentos de saúde, as filas de espera para o acesso dos CAPS e a restrição desse equipamento na modalidade de porta aberta, aspectos que tensionam os princípios da RPB e reeditam práticas manicomiais fora dos muros hospitalares. Os autores Yasui & Costa-Rosa (2008) também apontam para uma realidade que perpetua estruturas hierarquizadas e orientadas à adaptação de indivíduos considerados desviantes, limitando a autonomia e a criatividade dos sujeitos.

Através desses desafios podemos escutar que há uma tensão entre paradigmas: o paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, que reflete o modelo manicomial de assistência, contrapõe-se ao paradigma Psicossocial, o qual sustenta um modo de produção

de saúde centrado no sujeito, e em seu processo de sofrimento, imerso em uma dimensão sociopolítica e biopsicossocioculturais (Pereira e Costa-Rosa, 2012). Desse modo, evidencia-se, ainda hoje, a necessidade de fortalecimento do paradigma psicossocial, orientado ao reconhecimento do sujeito em seu processo de saúde e adoecimento, situado em um contexto biopsicossocial. Tal paradigma aposta em um cuidado integral, horizontal e interprofissional, capaz de articular diferentes saberes, as equipes de saúde e os próprios processos de cuidado. (Pereira e Costa-Rosa, 2012).

Apesar da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), concebidos para implementar a política de saúde mental baseada na atenção psicossocial, observa-se que práticas tradicionais persistem de forma significativa. Barbosa et al (2016) evidenciam esse fenômeno através de um levantamento de estudos em que investigam as práticas realizadas em CAPS e a sua relação com o território e o usuário. Na análise das pesquisas encontradas, os autores ressaltam que há um enfraquecimento do paradigma psicossocial, diante do seu desinvestimento e da criação de políticas que fortalecem o paradigma psiquiátrico e hospitalocêntrico, reeditando práticas manicomiais em território.

Parafraseando Pereira e Costa Rosa (2012), o campo da saúde encontra-se assentado nas dinâmicas políticas, econômicas e sociais, refletido diretamente na forma de organização dos serviços, nas práticas instituídas de cuidado e no acesso ofertado aos usuários. A crise na saúde mental se desvela nesses embates, desde a formulação das políticas públicas às gestões estaduais e locais, aos serviços, profissionais e usuários, ressaltando assim a complexidade do processo da RPB.

Campos (2001) ressalta a preocupação com o risco de que o cuidado em saúde mental se converta em reprodução de protocolos, como a oferta maciça de oficinas que pouco dialogam com as realidades locais e singulares; as estratégias grupais enquanto mecanismo de produtividade; o acolhimento com hora marcada; o vínculo-responsabilidade direcionado a apenas um técnico de referência; o cuidado centralizado no acesso à consultas psiquiátricas e às medicações. Bezerra (2008), ao analisar esse cenário, alerta que a ausência de espaço para a escuta do sujeito pode transformar o tratamento em mera reabilitação psicossocial, servindo como readequação àqueles que destoam de uma normalidade. Nesse sentido, corre-se o risco de perder algo fundamental na construção de um Projeto Terapêutico Singular, que é o pressuposto radical da singularidade (Campos, 2001).

A partir das contribuições de Campos (2001), torna-se possível refletir a respeito de um paradoxo contemporâneo da RAPS. Ao mesmo tempo em que a RPB instituiu um

paradigma psicossocial e dispositivos potentes de cuidado, muitos desses equipamentos passaram a funcionar segundo lógicas de produtividade, normatização e fluxo. Protocolos e classificações rígidas, quando tomados como eixo do cuidado, desdobram-se na dificuldade em sustentar o cuidado em território àqueles que não se vinculam aos moldes tradicionais, desvelando os paradigmas que atravessam as políticas públicas de saúde mental. Por um lado, evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de fluxos, protocolos e metas para a organização dos serviços. Por outro, há a necessidade ética no reconhecimento do sujeito em sua singularidade, especialmente quando nos deparamos com sujeitos que funcionam sob outras lógicas e cotidianos.

Em seu estudo, Campos (2001) reflete sobre a estruturação da saúde coletiva na América Latina nos anos 1960 e o seu enfoque em práticas comunitárias e coletivas voltadas às necessidades sociais, fundamentando-se especialmente na epidemiologia social. As discussões sobre estratégias comunitárias, grupos de risco e ações voltadas aos coletivos ocuparam pautas de destaque, fundamentadas em uma perspectiva da cidadania e dos direitos sociais - avanços inquestionáveis da RPB. Entretanto, as discussões sobre a clínica do sujeito permaneceram à margem. A autora observa que, ao operar essa dualidade, se acaba deslocando a clínica do sujeito a um lugar de não reconhecimento (Campos, 2001). A autora reconhece também que há um esvaziamento da discussão sobre a clínica do sujeito, o que paradoxalmente favoreceu, junto de tantos outros atravessamentos que precarizaram essa política, a adoção de protocolos burocratizados que pouco acolhem as singularidades dos usuários acompanhados.

Apesar dos avanços da luta antimanicomial, Campos (2001) aponta para a necessidade de maior reconhecimento e maior cuidado singularizado diante do sofrimento concreto vivido pelos pacientes, especialmente durante surtos psicóticos, algo que não se contorna com um cuidado burocratizado. Nesse cenário, a autora defende a necessidade de estratégias clínicas que ultrapassem o *setting* tradicional, e reconhece como caminho, para além do fortalecimento das políticas públicas, a necessidade de fortalecimento a uma clínica do sujeito. Ressalta ainda que a clínica das psicoses exige a invenção de outros caminhos de escuta e de expressão que não se limitem aos moldes clássicos da entrevista individual e de oficinas burocratizadas. Trata-se de reconhecer que o trabalho implica na construção de sentido para além de uma adaptação social (Campos, 2001).

Ao mesmo tempo em que o sucateamento das políticas de saúde mental evidencia a necessidade de seu fortalecimento, ele também convoca a ampliação de práticas menos

burocratizadas, capazes de se orientar ao encontro do sujeito em sua singularidade. A cronificação do fenômeno das portas giratórias se apresenta como um importante dispositivo de análise. Campos (2001) adverte que se faz necessário à RPB a atenção às formas de captura institucional que mecanizam os processos de cuidado, mesmo em serviços substitutivos, reconhecendo que mesmo os dispositivos criados para sustentar a clínica ampliada podem acabar reduzidos a ferramentas de homogeneização e adaptação dos sujeitos à norma social, esvaziando a potência clínica originalmente proposta.

Para que se preserve a dimensão ética da clínica psicossocial, se faz necessária a interlocução entre a clínica ampliada e a clínica do sujeito. Sustentar a singularidade implica na construção de práticas de cuidado que caminhem ao encontro dos sujeitos, e não o contrário. Assim, recolocar a clínica do sujeito em debate torna-se fundamental para o não endurecimento das políticas e das práticas de saúde mental, seguindo com o compromisso de um cuidado que reconheça e acolha a história, o desejo e as diferenças, abrindo espaço para a alteridade.

Não se trata de retomar uma clínica centrada no olhar, uma clínica individualizante, descolada dos atravessamentos históricos, sociais e coletivos dos processos de vida e da produção de saúde e doença, como adverte Bezerra (2008). Trata-se antes, de não perder de vista a dimensão do sujeito, que “se diferencia da dimensão do indivíduo ou do cidadão” (Bezerra, 2008, p. 29) por resgatar uma outra importante nuance da constituição desse ser biopsicossocial, a dimensão psíquica e singular.

Para que a reforma psiquiátrica alcance seus objetivos, é necessário ir além da implementação formal e abordar a dimensão ideológico-política. Isso inclui também a formação de novos profissionais e o redirecionamento daqueles ainda vinculados a práticas tradicionais, para que seja possível transpassar práticas de cuidado instituídas manicomialmente, possibilitando o devir de novas possibilidades de cuidado (Yasui & Costa-Rosa, 2008). A ampliação de espaços de formação continuada, análise institucional e supervisão são estratégias essenciais para fortalecer a prática psicossocial e enfrentar a persistência das lógicas hegemônicas na saúde mental (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

O processo de reforma psiquiátrica se atualiza, faz-se presente cotidianamente no fortalecimento e na ampliação de práticas que caminham em direção à garantia do sujeito de direito e de desejo, o que, para além do aspecto jurídico, exige a criação de “estratégias micropolíticas que permitam inseri-lo no espaço público de maneira autônoma e segura”

(Alves et al, 2021, p. 99). Passaremos agora a uma dessas estratégias micropolíticas surgidas no processo da RPB, o Acompanhamento Terapêutico.

Originando-se nos espaços institucionais psiquiátricos, o AT desponta como uma estratégia diante da institucionalização e dos seus efeitos nos sujeitos que a ela foram submetidos, contribuindo ao processo de retomar, de alguma forma, aquilo que havia de singular em cada sujeito. Fortaleceu-se no processo de desinstitucionalização e retorno ao cuidado em território. Nesse cenário de transformações, o Acompanhamento Terapêutico (AT) configurou uma estratégia criativa e singular, marcando uma nova abordagem no cuidado em saúde mental. O surgimento do AT no Brasil, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica, corroborou para a então experiência de que era possível sustentar a loucura na cidade, e, junto à ética psicanalítica, circulou a clínica das psicoses junto a esse movimento social e político.

Teve origem em espaços institucionais psiquiátricos alternativos durante o processo de Reforma Psiquiátrica. Surgiu como uma estratégia para lidar com os efeitos da longa institucionalização nos sujeitos que foram submetidos a ela como citado anteriormente, contribuindo para a retomada dos aspectos que conferem à vida seu caráter subjetivo e singular (Palombini, 2007; Reis Neto, 1995; Sereno, 2018). No Brasil, o AT se fortaleceu durante o processo de reforma psiquiátrica, que incluiu a desinstitucionalização e a transição do modelo de atenção para o território. Nesse contexto de mudanças, o Acompanhamento Terapêutico se tornou uma estratégia importante, representando uma nova forma de cuidado para o sujeito. Em meio a outras estratégias, o surgimento do AT no Brasil, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, reforçou a ideia de que era possível sustentar um cuidado singular nos espaços da cidade. Assim, surge um novo dispositivo micropolítico.

Após décadas da prática no Brasil, diversos autores apontam a dificuldade em defini-la com exatidão e, dentre as considerações em comum, caracteriza-se a presença do acompanhante e acompanhado em território, e a interação entre serviços da rede pública, junto aos profissionais que a compõem (Acioli & Amarante, 2013; Belloc et al 2017; Cabral, 2017; Fantin, 2017; Lobo et al., 2021; Marsillac et al. 2018; Palombini, 2007; Reis Neto & Oliveira, 2011; Ribeiro, 2002).

Consolidou-se como um dispositivo clínico-político na atenção à saúde mental. (Cabral, 2017; Fantin, 2017; Marsillac et al., 2018; Prado et al, 2021). Ainda assim, a inclusão do AT nas políticas públicas não foi consolidada e se aproximou das extensões universitárias e dos institutos independentes de ensino e prática em saúde mental. Seu caráter

itinerante e sua singular atenção aos sujeitos acompanhados permitiu encontros com as cidades, com as redes de atenção e com os sujeitos que, em outros momentos históricos, seriam destinados a instituições asilares. Isso torna inquestionável seu caráter micropolítico e sua relevância para a RPB. O AT, por estar em sua constituição diretamente relacionado aos movimentos sociais, políticos e à lógica de atenção psicossocial, pode ser pensado como um dispositivo¹, pois escuta e movimenta a RPB através da escuta dos sujeitos, da cidade e dos serviços da Rede (Palombini, 2007).

Ainda que seu exercício não esteja atrelado à uma rede de atenção disposta pelo Ministério da Saúde, está presente no campo da saúde mental e da atenção psicossocial enquanto dispositivo que contribui para a efetivação do cuidado em território e à transformação do laço social (Alves et al, 2021; Fantin, 2017; Palombini, 2007). Palombini (2007) sugere que para além da escuta com o sujeito acompanhado, esse dispositivo também escuta a reforma psiquiátrica enquanto processo, na medida em que circula pelos enlaces da cidade, por entre encontros com as diferenças e pelos serviços das diversas redes de atenção.

Destaca-se a presença de projetos de extensão que levam o AT à cidade em diferentes universidades de todo o Brasil. O livro “Acompanhamento Terapêutico, Universidade e Políticas Públicas: Redes de conversações”, organizado por Analice Palombini, Vera Pasini, Ana Brondani, Sandra Guerra e Daniel Ecker (2019), apresenta o AT através de projetos universitários em Cursos de graduação em psicologia. Nele se apresentam os projetos AT na Rede, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); o programa de estágio profissionalizante, projeto de extensão, grupo de estudos e projeto de pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Comunitária de Santiago, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões (URI); e Giramundo: Oficinas e redes em saúde mental, como um serviço da Clínica Psicológica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

¹ Foucault (1980) apresenta o termo "dispositivo" para pensar sobre as forças de saber e poder presentes na sociedade e presentificadas na dimensão arquitetônica, institucional e nos elementos discursivos, científicos, morais e filosóficos. Pode ser tomado como uma ferramenta analítica que desdobra o olhar sobre as interações entre instituições, práticas, discursos e saberes, denunciando suas funções na organização social. Carrega em si a comunicação desses pilares organizativos que mantêm uma estrutura, delineando o que é considerado norma e lei e o que é estrangeiro. Através de sua análise, é possível compreender os exercícios do poder. Sua expressão ocorre em níveis moleculares e molares. Os dispositivos também podem operar como possibilidades de resistência e transformação dentro desses contextos, através da instauração de intervenções que tensionem os discursos homogêneos.

Conhecer a experiência de projetos universitários que desenvolvem o AT na formação acadêmica, a partir da articulação com as redes de atenção, nos permite reconhecer as particularidades do AT enquanto dispositivo clínico-político no encontro com a cidade, com a rede e com os sujeitos acompanhados. O livro apresenta o AT enquanto uma ferramenta de formação articulada às políticas públicas. Reconhece o AT “como dispositivo clínico-político a operar ao mesmo tempo como ferramenta de formação, de atenção e como analisador dos processos da reforma psiquiátrica” (Palombini et al, p. 10, 2019). Nele, os projetos compartilham de suas realidades através de relatos de casos e de experiências, através das interfaces no encontro entre a universidade e as políticas públicas da atenção psicossocial.

Segundo a autora Palombini et al (2019), os projetos de extensão compartilham alguns princípios fundamentais como: (1) sustentar a escuta singular dos sujeitos, sujeitos de direito e de desejo, através de uma clínica intrinsecamente ligada também ao seu aspecto político; (2) a busca por tecer o trabalho em rede; (3) sustentar o tempo, o tempo do sujeito, das articulações, e o ritmo próprio de cada encontro; e (4) “fazer-se continente dos efeitos dessa travessia, seja no corpo do acompanhante, seja no coletivo dos grupos de AT, onde circulam palavras e afetos” (p. 81–82), a esse último tópico, destaca-se a importância do espaço de supervisão para a sustentação desse dispositivo e do acompanhante.

Ainda que os projetos de extensão partilhem desses pontos em comum, a estrutura de cada um se dá de forma singular, enlaçada ao seu território, à cultura local, à rede de serviços e às demandas que ali se produzem. Outra característica singular de cada projeto se dá pela sua sustentação epistemológica, pela escolha de um caminho teórico e metodológico que sustente o dispositivo e as intervenções clínicas, aspecto esse que não é universal. Quanto a isso, os projetos apresentados no livro relatam o diálogo com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, a clínica ampliada no SUS, psicanálise e esquizoanálise. A sua aproximação com as Universidades possibilita à essa prática permanecer em articulação com a RAPS, atuando junto ao fortalecimento e ampliação da atenção psicossocial, através da escuta um a um, mas articulada à rede, contribuindo ao processo da reforma psiquiátrica na atualidade.

É desse encontro - o de uma escuta um a um e que, em uma tecitura micropolítica, contribui para o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira na atualidade - que nasce a primeira pergunta de pesquisa que conduziu à construção dessa dissertação. Primeira porque, ao longo de todo o percurso da pesquisa, essa pergunta deslizou para muitas outras, como será abordado adiante.

Essa pesquisa discorre sobre o dispositivo AT através do contato com um projeto de extensão universitária vinculado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, o projeto “Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade”, que desde 2014 atua em articulação com a cidade e as políticas públicas de saúde mental, sustentada nos preceitos da clínica psicanalítica e da atenção psicossocial. A interrogação que movimentou a princípio essa pesquisa se voltava ao dispositivo AT, a sua relação e efeitos com a RAPS, com a cidade e com os sujeitos acompanhados, bem como a sua dimensão clínica quando sustentada pela psicanálise, uma característica específica desse projeto de extensão. A partir da imersão no projeto de extensão "Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade", evidenciou-se a sua relação com os temas citados, mas, principalmente, os contornos que esse dispositivo ganha através da extensão universitária.

Assim, essa pesquisa teve como objetivo analisar o Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária, na interlocução com a RAPS e com a escuta clínica fundamentada pela psicanálise. A pesquisa aconteceu através da participação da pesquisadora em supervisões clínicas semanais do projeto de extensão com os acompanhantes terapêuticos, dos registros dos encontros em diário de experiência e da posterior análise dos achados de pesquisa, que deram origem a essa dissertação de mestrado. Para isso, trilhou-se um caminho metodológico através da ética e método psicanalítico, através dos pressupostos da atenção flutuante, da associação livre, da transferência, de análise das contingências e da concepção de *a posteriori*, que se deu na análise e na articulação dos achados de pesquisa com os materiais bibliográficos já desenvolvidos nesse campo de estudo.

Após essa introdução, temos o detalhamento dos objetivos e, na sequência, um capítulo sobre o método, no qual apresentamos o percurso e os instrumentos metodológicos adotados. Nele, reconhecemos o compromisso em sustentar, diante da lógica dominante da ciência moderna e cartesiana, um outro método de investigação, que na contramão de leis gerais e universais, resgata um saber que é da experiência e da particularidade, contingente e singular. O campo de investigação deixa de ser o da causalidade objetiva e passa a ser o do inconsciente, instaurando outra forma de produção de saber sobre o sujeito e sobre os fenômenos, como a cultura e o laço social. Trabalhar com a ética e o método psicanalítico e o pressuposto do inconsciente nos coloca em implicação com aquilo que ultrapassa o nível da razão e da consciência, que se manifesta através de lapsos, sonhos e sintomas; que fala através dos tropeços, das descontinuidades, naquilo que diz de uma outra lógica. Retoma uma clínica da fala e da escuta, portanto, o discurso do sujeito torna-se o principal instrumento de

acesso ao inconsciente, e a escuta, o lugar privilegiado do analista-pesquisador. O saber não está incorporado na posição do observador/cientista, mas no sujeito, na realidade que se busca pesquisar, ainda que esse saber lhe pareça estranho.

Para isso, parte-se de um pressuposto, o de não saber como condição primordial de escuta-pesquisa, para que a partir da associação livre e da atenção flutuante surjam os sentidos singulares de cada sujeito, de cada narrativa, de cada achado de pesquisa. Isso somente se dá uma temporalidade do só depois, em que significante e significado articulam-se e ganham sentido num tempo que é só depois, *a posteriori*. Este pesquisar se torna possível através da transferência, um instrumento clínico, ético e metodológico, que sustenta a singularidade do sujeito e possibilita que o saber inconsciente seja endereçado ao analista-pesquisador e emergja através dessa relação (Rodrigues et al., 2005).

No capítulo do método, apresentamos, além dos pressupostos ético-metodológicos, os instrumentos de pesquisa e a caracterização do campo de pesquisa, ou seja, o projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade”, os grupos de supervisão e seus participantes. A participação da pesquisadora no projeto de extensão ocorreu de forma semanal, através da participação nos grupos de supervisão/intervisão coletiva do projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade” do período de fevereiro de 2023 até julho de 2024, nas quintas-feiras das nove horas ao meio dia, com tempo de duração de 3 horas. A escuta flutuante da pesquisadora se estendeu da escuta dos grupos de supervisão e seus participantes, à pesquisa teórica, ao levantamento dos materiais bibliográficos. Dessas participações nos grupos de supervisões e das leituras dos materiais, foram realizados registros em diário de experiência, a respeito dos significantes escutados e percepções da pesquisadora, para depois passarem por um processo de releitura e análise. O desdobramento dessas análises deram formato aos capítulos dessa dissertação.

No quarto capítulo, intitulado: “O Acompanhamento Terapêutico no Brasil e sua relação com a Atenção em Saúde Mental”, retomamos de forma breve um histórico sobre o campo de atuação da saúde mental a partir da modernidade, para articularmos com alguns achados de pesquisa, como a reedição do paradigma psiquiátrico e seu tensionamento com pressupostos da RPB. No primeiro subtópico do capítulo, perpassamos aspectos que compuseram as concepções de loucura e doença mental na modernidade ocidental, o seu locus de tratamento e implicações ao sujeito, para que então possamos contextualizar a RPB e o processo de implementação das políticas públicas de saúde mental no Brasil desde a promulgação da lei 10216 de 2001. Fez-se necessária essa retomada para refletir as suas

implicações no surgimento e na relação do AT com a área da saúde mental. No segundo subtópico, adentramos na relação do contexto apresentado com o surgimento do Acompanhamento Terapêutico no Brasil. A apresentação de aspectos da história do AT no Brasil nos fornece elementos para pensarmos, nos próximos capítulos, sobre a sua relação com a universidade, com a RAPS, e com a psicanálise.

O quinto capítulo intitulado: “O Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária” adentra na relação do AT com a formação universitária, remontando às primeiras sistematizações dessa prática e aos contornos que ganha através do curso de graduação em Psicologia. O capítulo traz uma reflexão sobre o AT enquanto inserido na Extensão Universitária, a relação com a formação profissional do estudante e o potencial da universidade como agente transformador, capaz de produzir mudanças sociais a partir de práticas clínicas e educativas que dialogam com a complexidade da realidade brasileira. Reflete como, por meio da extensão, se torna possível um AT, com respaldo ético, orientação teórico-prática e supervisão local, condições fundamentais para o desenvolvimento profissional do acompanhante terapêutico e para a escuta do sujeito, de coletivos e redes.

O subtópico “*A supervisão como eixo formativo*” traz recortes do diário de experiência para conduzir alguns caminhos reflexivos e analíticos. Apresenta a importância da supervisão grupal como pilar de sustentação a esse fazer, consistindo em uma característica fundamental a um projeto de extensão universitária de AT detalhando de que forma isso se deu no projeto de extensão da pesquisa realizada. O subtópico também destaca a supervisão em grupo como um espaço fundamental à prática do AT, consistindo em um ambiente em que os ats partilham das suas indagações, dos afetos desencadeados pela prática do AT, reelaboram impasses, e reinscrevem sua escuta, reposicionando-se diante das complexidades que emergem no percurso de acompanhar.

O capítulo traz também o subtópico “*Fronteiras entre a extensão universitária e a rede*”, em que partilhamos sobre um período de greve das universidades federais vivenciado ao longo da pesquisa. Através de fragmentos do diário de experiência, apresentamos desdobramentos que nos fizeram pensar a relação do AT com a extensão universitária, com a RAPS e com os sujeitos acompanhados, alicerçados em um compromisso ético, político e social com o cuidado em liberdade e com direito à cidadania. Esse capítulo também introduz os achados de pesquisa que nos levaram a construir o capítulo 6, intitulado “O AT e a Rede”.

No sexto capítulo, analisamos as relações entre “O AT e a Rede”. Os achados de pesquisa nos levaram a adentrar nas implicações do AT em Extensão com a rede de serviços

locais. Refletimos a respeito das diferenças que constituem um serviço através de um projeto de extensão universitária e de um serviço estabelecido pela RAPS. O capítulo se debruça a pensar sobre a relação do projeto de extensão com a rede, a definição dos casos a serem acompanhados, os objetivos do acompanhamento, o tempo de duração, e as questões que convocam uma fundamentação epistemológica à essa clínica, aspecto que se faz presente nos momentos de articulação entre Projeto de Extensão e CAPS.

Essas delimitações nos fizeram escutar as potencialidades e os desafios em ter o AT na rede de serviços através da extensão, bem como na sua ausência das políticas públicas de saúde. Partilhamos fragmentos do diário de experiência para refletir sobre essa relação, e analisar como chegam os encaminhamentos dos casos ao projeto, a absorção dessas demandas, o tempo da escuta e o tempo de um percurso de AT. Além desses atravessamentos, apresentamos também através de fragmentos do diário de experiência a escuta-ação itinerante do AT diante dos momentos de crise e de internação hospitalar, em que pode criar caminhos outros na articulação e tecitura de redes vivas. Através dessa discussão, refletimos ainda sobre o AT como ferramenta micropolítica fundamental em territórios ainda fortemente marcados pela lógica manicomial.

O capítulo que antecede a conclusão, nomeado como “O AT através da ética psicanalítica”, foi desenvolvido para reconhecer a sustentação clínica dada ao AT pelo projeto de extensão em que a pesquisa foi realizada. Nele, desdobramos a respeito do encontro entre o AT e a clínica psicanalítica como um dos caminhos possíveis na sustentação desse dispositivo clínico-político. No capítulo, trabalhamos com a construção ficcional de dois casos acompanhados pelo projeto. A escrita dos mesmos partiu da leitura e da análise de muitos relatos e reuniões de supervisão, para que então pudessem ser concatenados em história-caso. A partir das duas histórias-caso apresentadas, tecemos reflexões a respeito do AT através da psicanálise, a sua caracterização como um dispositivo clínico-político, e a condução através da clínica das psicoses.

No primeiro subtópico adentramos em seu aspecto clínico-político, reconhecendo a escuta e a intervenção do AT sustentado pela psicanálise, que se volta ao sujeito e ao laço social. Sustentamos a prática clínico-política na experiência psicanalítica com sujeitos, comunidades e grupos atravessados pelas marcas da exclusão social e política, reconhecendo que a psicanálise implicada, voltada ao sujeito e ao laço discursivo, desponta como um caminho para a restituição de significantes no laço, possibilitando rompimentos com os processos de exclusão e abertura à alteridade.

No subtópico “A clínica das psicoses no AT”, adentramos no AT enquanto uma estratégia clínica, nos seus pilares de sustentação e no seu direcionamento através da clínica das psicoses. O capítulo arremata o compromisso radical dessa clínica com a construção de um cuidado em liberdade, pautado na concepção de sujeito de desejo e de direitos, tendo na singularidade o seu principal norteador clínico. Traz como premissa ao AT a afirmativa de Lacan (1955-56/1988) sobre Escutar ao pé da letra, seguindo com o sujeito na sua construção de sentido, reconhecendo conceitos como a metáfora delirante e o *sinthoma* como caminho nessa clínica. Aposta em uma amarração que produza efeitos de encontro na relação do sujeito com o laço social, através da invenção de um saber-fazer.

Esse capítulo permite, assim, resgatar que o tratamento sustenta-se em aspectos fundamentais como a presença do acompanhante, a escuta do sujeito do inconsciente e o manejo da transferência na clínica das psicoses, reconhecendo as formações da estrutura psicótica e suas possibilidades clínicas. Através das histórias-caso, é possível reconhecer que o seu formato não se fixa a um encontro com contornos rígidos, que a aposta segue na invenção estética dos encontros, na ética do sujeito e da sua singularidade, na artesanaria que se constrói um-a-um (Marsillac et al, 2022). Trata-se de um processo inventivo, que caminha à abertura de outros destinos que não à exclusão estrutural, no encontro com espaços e coletivos que sustentem a alteridade no laço social.

Essa pesquisa traz consigo, dessa forma, um fragmento do que pode vir a ser o AT através das contingências que o constituem, nessa experiência: a Extensão Universitária; a sustentação através da psicanálise; a relação com a atenção psicossocial através do CAPS. Essas composições desenham um *Devir-AT*. Devir porque não há um único Acompanhamento Terapêutico, mas uma composição do que ele pode vir a ser no encontro com essas contingências: um recorte, uma versão, uma partícula do que pode esse dispositivo no encontro com a clínica e os seus diferentes *settings*, com a cidade, com a rede e com os sujeitos acompanhados. A leitura do AT, através dessas contingências, também conta de uma escuta sempre singular, ou seja, atravessamentos que também compuseram a trajetória da pesquisadora e a relação com a pesquisa. Resguarda-se para um futuro o desejo de escutar também outros devires do AT no encontro com as políticas públicas de saúde mental.

Sendo assim, essa dissertação apresenta reflexões, construções narrativas, recortes do diário de experiência e articulações teóricas que movimentaram reflexões sobre as dimensões ética, estética e política desse dispositivo.

Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar o Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária, na interlocução com a RAPS e com a escuta clínica fundamentada pela psicanálise.

Objetivos específicos:

- Identificar a dimensão clínico-política do Acompanhamento Terapêutico, a partir da experiência de um projeto de extensão universitária;
- Reconhecer os enlaces do acompanhamento terapêutico com o cuidado em liberdade - diretriz das políticas públicas em Saúde Mental no Brasil;
- Investigar os enlaces do acompanhamento terapêutico com a Rede de Atenção Psicossocial;
- Investigar a sustentação clínica do Acompanhamento Terapêutico no projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade”;

Método

Essa pesquisa está situada na área de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, pois se propõe a investigar uma prática profissional e seus desdobramentos na atenção à saúde. Através da inserção em um projeto de extensão e da participação nos grupos de supervisões, escutou-se a prática do Acompanhamento Terapêutico, através das narrativas de acompanhantes terapêuticos, sustentadas pela psicanálise e voltadas a sujeitos em sofrimento psíquico grave, vinculados também a um CAPS. A problemática em questão poderia ser abordada por múltiplas vias, inclusive em sua dimensão epistemológica. Optou-se, contudo, por um percurso específico, o que implicou a realização de um recorte.

O recorte aqui apresentado é composto pela transferência com o campo de atuação em saúde mental e a clínica psicanalítica, o que se desdobrou no desejo pela investigação do AT através projeto de extensão.

3.1. A psicanálise enquanto norteadora desse percurso metodológico

O desejo e a transferência com o tema aguçaram reflexões que movimentaram a implicação com a pesquisa e trouxeram até a essa escrita. Neste tópico, explicitamos o que sustentou o percurso metodológico da pesquisa, e a trajetória percorrida durante a investigação e o seu referencial teórico, em uma abordagem metapsicológica que visa analisar as condições de formação, de implicação e de visibilidade do objeto de estudo.

Para que seja possível inquietar-se diante de uma problemática, se faz necessária a implicação diante do objeto observado. Nesta pesquisa, a experiência profissional em equipamentos de urgência e emergência em saúde mental propiciou a formulação de questionamentos que trouxeram movimento ao desejo. Como sustentar a atenção em SM a sujeitos com difícil vinculação aos serviços atualmente dispostos na RAPS? O que pode a psicanálise no encontro com o dispositivo AT, com os sujeitos acompanhados e com a cidade que compõe o *setting* dessa clínica? Em que isso reverbera? De que modo esse encontro se relaciona com a Reforma Psiquiátrica Brasileira? São algumas das inquietações iniciais que compuseram o movimento dessa pesquisa.

Direcionada pelo método da psicanálise - que envolve atenção flutuante, associação livre, transferência, análise das contingências e a concepção de *a posteriori* - seguiremos esse percurso, que tem como objeto um fenômeno social, político e cultural. O método psicanalítico, ao adentrar em espaços que partem da concepção da compreensão e do saber

como na ciência cartesiana, tem o desafio de sustentar um método outro de investigação. Para isso, contextualizamos a ciência moderna e cartesiana.

O nascimento do sujeito moderno, da razão, marca a instituição de um modelo de ciência que tem no método científico seu princípio de investigação por excelência. Com Descartes, inaugurou-se um modo de conceber o conhecimento, fundado no método da dúvida e da razão. A verdade passa a ser pensada como algo que se produz a partir de leis gerais e universais, instituindo uma recusa ao que é da experiência e da particularidade, contingente e singular. Como aponta a pesquisa de Rodrigues et al (2005), a produção de conhecimento e a ciência caminharam à universalidade e generalização.

Nesse contexto, a matemática se consolidou como o paradigma da ciência, por oferecer um modelo universal, lógico e incontestável. Instituiu-se como um ideal de ciência, orientado pela busca da previsibilidade, da objetividade e do controle, organizados segundo princípios da causalidade linear e da mensuração precisa. O sujeito é tomado como um observador neutro, diante de fenômenos plenamente objetiváveis, e portanto, o saber que se produz seria impermeável aos atravessamentos subjetivos do observador. (Daniel e Souza, 2006; Rodrigues et al, 2005)

A observação e a experimentação se consolidam como métodos legítimos da produção de saber, e a razão passa a ocupar o lugar de instrumento privilegiado de explicação do mundo. Nesse horizonte, conhecer implica reduzir o fenômeno àquilo que pode ser medido, decodificado, excluindo a dimensão da experiência singular como via legítima de conhecimento (Daniel e Souza, 2006).

Esse fenômeno influencia diretamente a concepção de Clínica, submetida aos ideais de ciência e excluindo a possibilidade de um caráter artesanal, para se constituir como uma prática orientada por princípios científicos da época (Bezerra, 2008). Instaura-se o método experimental como paradigma central da produção de conhecimento, regido sob as leis das ciências naturais, fortalecendo a perspectiva de saber mediante a articulação entre ciência e técnica. Esse modelo impõe, como condição de legitimidade, a exclusão dos atravessamentos subjetivos, seja no âmbito médico-pesquisador, ou no paciente-objeto de estudo, excluindo os aspectos psíquicos e sociais, para debruçar-se sobre o organismo e o seu funcionamento (Bezerra, 2008). As singularidades de cada caso são descartadas, para que a atenção e o olhar se voltem aos aspectos generalistas dos quadros, apontando para uma massificação.

No início do século XX, Freud subverte a lógica moderna de conhecimento ao propor um novo método clínico, que não se sustentava na quantificação e no isolamento do objeto de

estudo, mas naquilo que escapava à lógica posta, que desafiava os métodos tradicionais de tratamento. Trata-se da escuta e da interpretação dos efeitos da fala do sujeito, ou seja, daquilo que há de singular em cada caso (Bezerra, 2008).

O método decorre de uma prática clínica iniciada na escuta de pacientes histéricas, que não respondiam aos tratamentos usuais e desafiavam as explicações médico-científicas baseadas no funcionamento orgânico do corpo e da razão. Diante do impasse, Freud percebe que há algo no sujeito que ultrapassa o nível da razão e da consciência, algo que se manifesta em lapsos, sonhos e sintomas, que fala através dos tropeços, das discontinuidades, naquilo que não há de racional. Surge, assim, a concepção de inconsciente como sistema psíquico próprio, organizado a partir de fundamentos que lhe são próprios (Freud, 1915/2010).

O saber sobre o sujeito passa, então, a ser construído a partir do que escapa à razão e à consciência, afirmando a hipótese do inconsciente e demarcando uma importante ruptura à premissa moderna dos pilares do saber e da ciência (Bezerra, 2008). Através da atenção flutuante associada a associação livre Freud reconhece que há no sujeito um saber que lhe é próprio, ainda que recalcado, e que a livre associação promovia ao sujeito a escuta de si, e através das manifestações da linguagem revelariam um sujeito de desejo, o sujeito do inconsciente (Elia, 2010).

O inconsciente, nessa perspectiva, consiste em “uma instância dinâmica que continua a exercer influência sobre a vida psíquica consciente, emergindo em forma de atos falhos, sonhos e sintomas.” (Freud, p. 150, 1915/2010), que não é ordenados num tempo cronológico, mas possui uma temporalidade que lhe é própria e distinta, e se presentifica, podendo ser escutado através dos efeitos de linguagem, naquilo que se repete, se desloca ou se contradiz no discurso do sujeito.

Esse método de investigação não se ancora na certeza, na razão, mas na escuta do que escapa ao saber consciente, que aparece através dos tropeços, dos chistes, esquecimentos, sonhos, atos falhos (Rodrigues et al, 2005). A clínica psicanalítica, portanto, consiste em uma clínica da fala e da escuta, o campo de investigação deixa de ser o da causalidade objetiva e passa a ser o do inconsciente, instaurando outra forma de produção de saber, sobre o sujeito e sobre os fenômenos, como a cultura e o laço social, através dos efeitos de linguagem que se manifestam na relação transferencial. Na psicanálise toma-se então não o sujeito da razão, mas o sujeito do inconsciente.

Essa prática diferencia a psicanálise dos métodos científicos que se baseiam na observação direta e na mensuração de fenômenos. Ao contrário da ciência moderna, que

busca explicações universais e generalizáveis, a psicanálise privilegia o sentido singular, a ser revelado através das narrativas, das associações (Rodrigues et al, 2005). O discurso do sujeito torna-se o principal instrumento de acesso ao inconsciente; e a escuta, o lugar privilegiado do analista.

Através do método psicanalítico, não se observa o sujeito de fora, mas em sua própria produção de sentido, ou seja, propicia-se um espaço de escuta para que o saber inconsciente do sujeito se manifeste. Logo, o saber não está incorporado na posição do observador/cientista, mas no sujeito, ainda que esse saber lhe pareça estrangeiro. A esse pressuposto se denomina a ética do não saber, pois se trata de um saber inconsciente que habita o sujeito, e do reconhecimento de um saber não todo, visto que a realidade é sempre singular, portanto, realidade psíquica (Poli, 2005; Rodrigues et al, 2005).

Freud desenvolve elementos fundamentais do método psicanalítico, para que se torne possível essa operação, como a associação livre do paciente e a atenção flutuante do analista. Na associação livre, Freud (1912/2010) propõe que o sujeito fale livremente tudo o que lhe vier, sem censura ou preocupação com critérios conscientes de lógica ou preocupação de ordem temporal dos relatos. A partir dessa premissa, se torna possível o acesso ao inconsciente, pois é justamente através de pensamentos, lembranças e lapsos que o sentido recalcado ou não articulado se revela.

Em contrapartida à associação livre, Freud (1912/2010) introduz a noção de atenção flutuante como uma postura fundamental do analista diante do material apresentado pelo sujeito. Na atenção flutuante, o analista despende de uma escuta que não discrimina a priori os significantes a serem escutados, não há uma classificação diante da narrativa, ou uma hipervigilância a todos os aspectos trazidos pelo sujeito. O analista não deve fixar-se em nenhum elemento específico, selecionar ou qualificar as informações de acordo com suas concepções pessoais, para que não recaia em leituras e inferências distorcidas.

Os significantes emergem na medida em que se acompanha o sujeito em suas narrativas, suas repetições e seus deslocamentos, desse modo, só adquire significado *a posteriori*, onde o inconsciente do analista também se põe a trabalhar. Ou seja, se desvela à medida em que se constroem associações e interpretações no decorrer da análise. O analista, sustentando a atenção flutuante, acompanha essas manifestações sem antecipar ou inferir, permitindo que o sentido se revele *a posteriori*, na medida em que as cadeias de significantes se articulem ao longo do percurso clínico (Elia, 2010; Freud, 1912/2010).

Elia (2010), reflete sobre a temporalidade do inconsciente, em que significante e significado articulam-se e ganham sentido num tempo que é só depois, *a posteriori*. Ou seja, nesse registro temporal, os encontros entre significado e significante só adquirem sentido posteriormente, articulado pelo sujeito em sua produção narrativa de sentido. Assim, o método psicanalítico não se orienta pela cronologia linear ou pela causalidade direta, mas por uma estrutura de sentido que se realiza no decurso da análise e da elaboração do sujeito (Elia, 2010).

A associação livre, portanto, estabelece um campo de investigação clínica, em que o material apresentado pelo sujeito é escutado pelo analista. (Freud, 1912/2010). Ao adotar essa postura, o analista preserva aquilo que há de singular em cada sujeito, em cada narrativa, e se abstém da suposição de um saber preconcebido a respeito do que surge no percurso clínico. Postura essa adotada também na pesquisa sustentada pelo método psicanalítico.

Isso só se torna possível através da transferência, que no método psicanalítico se refere ao endereçamento ao Outro² de um saber sobre si, mas que ainda se apresenta alheio ao sujeito, e se revela parcialmente através da relação analítica (Rodrigues et al., 2005). Freud (1914/2023) conceitua a transferência como o deslocamento de afetos inconscientes do paciente ao analista, sendo força propulsora do tratamento. Lacan, ao retomar o conceito, destaca a relevância da transferência na experiência analítica, sendo por meio dela que o sujeito se dirige ao analista. Em transferência, o analisando supõe que o analista detenha um saber sobre seu inconsciente e o institui na posição de sujeito suposto saber (Lacan, 1964/2008).

O sujeito suposto saber consiste em uma posição simbólica, em que o analisando, como citado anteriormente, atribui ao analista um saber que possibilita endereçar-lhe a sua narrativa, como alguém que saberá o que fazer diante do seu sofrimento. O analista, na transferência, assume então uma posição ética, recebe aquilo que lhe é endereçado mas advertido do seu não-saber, pois quem detém o saber inconsciente é o sujeito.

O analista assume parcialmente esse lugar, não assume esse saber como seu, mas não se destitui totalmente dessa posição, para que haja um endereçamento e uma emergência de uma cadeia associativa. A transferência consiste em um instrumento clínico, ético e

² Quinet (2012) apresenta o conceito do Outro, a partir de Lacan, como um lugar dos significantes, de onde partem as determinações simbólicas que compuseram a história do sujeito. Isso implica que o sujeito não tem uma identidade, mas é representado por significantes que estão no Outro. O inconsciente, então, é visto como o discurso desse Outro, indicando que ele é estruturado como uma linguagem e que os significantes que o compõem o são fundamentais para a formação da história, do desejo e das fantasias inconscientes e imaginárias do sujeito.

metodológico, sustentando a singularidade do sujeito e possibilitando que o saber inconsciente emergja através dessa relação (Rodrigues et al., 2005).

Rodrigues et al., 2005 reconhecem que nesse cenário não há distinção clássica entre sujeito e objeto, diferenciando-se da objetividade cartesiana. Diante dessa especificidade, surge a questão, como produzir conhecimento a partir de experiências tão singulares? Na psicanálise, não se trata de resgatar indícios materiais ou de conduzir experimentos controlados, os dados analíticos são construídos a partir dessa relação transferencial, e portanto, sempre singular, advindos das narrativas e das afetações entre o sujeito e o analista (Elia, 2010; Rodrigues et al., 2005).

A pesquisa orientada pelo método psicanalítico, não vislumbra o tamponamento das questões levantadas por meio de supostas verdades totalizantes. Quinet (2003) reconhece que, a partir da ética do bem dizer, torna-se possível identificar a relação do sujeito com o seu sintoma, e que não se pretende compreendê-lo rápido demais, suspendê-lo a qualquer custo, tamponá-lo, mas “acolhê-lo para que possa ser desdobrado e decifrado, fazendo aí emergir um sujeito [...] trata-se de transformar o sintoma-resposta em sintoma-pergunta” (p. 19). Esse é também o direcionamento da pesquisa: reconhecer os impasses, as descontinuidades, aquilo que bifurca, para que aí se possam abrir questões. Percurso singular, porém, compartilhado, pelos devires que o AT, a extensão universitária e o método psicanalítico nos instigam, nos causam questão.

Partir da concepção de um saber não-todo afirma que a hipótese do inconsciente constituiu o território epistemológico desta pesquisa, de modo que não há um acesso direto ao mundo que não seja atravessado por um sujeito do inconsciente, o inconsciente da pesquisadora, a implicação de desejo, e a relação transferencial com o tema de pesquisa e o grupo de supervisão.

Alves e Marsillac (2022) resgatam o que discorre Lacan (1992) sobre a impossibilidade em se saber toda a verdade, visto que ela pode somente ser dita pela metade, isso porque o acesso ao inconsciente se dá através de uma representação. A noção de realidade parte do mundo vivido, produzido pulsional e discursivamente, portanto, realidade psíquica, de modo que não há a experiência sem a inclusão do sujeito (Poli, 2005).

Diferente do objetivo em um saber total, o objetivo da pesquisa através da psicanálise volta-se ao movimento do desejo e da criação como possibilidades a novos caminhos investigativos e a novas interrogações que se renovem no ato de pesquisar. Então, a posição de não-saber configura uma abertura para a escuta e aposta na criação de novos saberes

(Alves & Marsillac, 2022).

O método psicanalítico não se restringe a um *setting* clássico, ele se desdobra em uma dimensão ética, que se manifesta no próprio fazer do analista. Essa ética implica apostar na escuta do sujeito em contextos diversos, que vão além do espaço tradicional do consultório, como em projetos de extensão, educação, saúde comunitária, etc (Gurski, 2019).

Assim, a ética da pesquisa em psicanálise não se confunde com o uso de uma técnica investigativa, pois parte da constituição desse enigma a ser desvelado no decorrer da pesquisa, que está intrinsecamente ligado à inscrição do desejo do pesquisador (Poli, 2005). Intrínseco, pois também compõe os caminhos a serem percorridos e os significantes a serem escutados; constitui a relação transferencial com o tema de pesquisa, de modo que, implicado nessa relação, o inconsciente se põe a trabalhar (Rosa & Domingues, 2010).

Nas palavras das autoras Rosa e Domingues (2010), o desejo do pesquisador via transferência com tema pesquisado contribui para a articulação entre a trama teórica, a prática e os pares que a compõem, assim, a atenção flutuante é direcionada pela identificação de significantes que possibilitem a construção de efeitos de sentido ao problema de pesquisa (Iribarry, 2003, citado por Rosa & Domingues, 2010). A escuta expande-se para os significantes que constituem as formações narrativas e as histórias que se conglomeram e se atualizam no presente, enlaçam e compõem um fenômeno social (Rosa & Domingues, 2010).

Gurski (2019) propõe um dispositivo clínico e metodológico de pesquisa em psicanálise nas instituições que denomina escuta-flânerie. Esse dispositivo surge como efeito da articulação entre a ética da psicanálise, a escuta de sujeitos em outros espaços que não o consultório, e a noção de *flânerie* trabalhada por Walter Benjamin (1935/2006; 1989). Segundo a autora, “a escuta-flânerie como proposta de escuta e intervenção seria, portanto, o efeito da articulação entre a ética da Psicanálise [...] com o tema da flânerie” (Gurski, 2019, p. 172).

Inspirando-se em Benjamin, Gurski (2019) afirma que a posição do *flâneur* oferece uma analogia fecunda com o lugar do pesquisador-psicanalista, especialmente porque ambos se interessam “não por grandes totalizações teóricas, mas pelo resto, pelo traço, pelo detalhe insignificante” (p. 175). Essa postura, que se aproxima da atenção flutuante, propõe um modo de caminhar e de escutar que se abre ao acaso e à singularidade, sem antecipar o sentido da experiência. Assim, “a disposição do pesquisador-psicanalista em escutar as narrativas do sujeito, sem abandonar a noção de que, na escuta, não devemos nos antecipar à experiência, nos acompanhou como premissa fundamental desde o começo” (Gurski, 2019, p. 176–177).

Gurski afirma que “a atenção flutuante nos ajuda a pensar a metodologia da posição de escuta do psicanalista enquanto o próprio desdobramento de sua ética, [e que] a flânerie pode ser pensada como a contrapartida corporal dessa postura” (p. 178). Trata-se, assim, de uma escuta que inclui o corpo e o deslocamento como parte do método, uma escuta que se move, que se deixa afetar, e que se realiza no entrelaçamento com o campo institucional.

Essa proposta metodológica marca uma nova inscrição da escuta psicanalítica nas instituições, “marcando um lugar de transferência dos agentes com a pesquisa e com a forma de intervenção” (Pires & Gurski, apud Gurski, 2019, p. 179). Ao proporcionar um espaço de escuta para livre associação em um tempo distinto ao instituído, um tempo mais distendido, o pesquisador-flâneur evoca a possibilidade do surgimento de narrativas mais próximas das questões do sujeito, sustentando uma temporalidade semelhante à do catador benjaminiano, que recolhe fragmentos, restos e significantes esquecidos (Gurski, 2019).

Nesse sentido, a autora sustenta que os fundamentos ético-metodológicos da pesquisa em psicanálise não se distinguem dos pilares que sustentam o curso do tratamento, pois se fundamentam a partir da transferência (Gurski, 2019). Desse modo, o método de pesquisa em psicanálise não se trata da aplicação de técnicas ou instrumentos específicos, mas da sustentação de uma ética em ato. Gurski (2019) reconhece que, portanto, ao preservar a dimensão de um saber não todo, que o psicanalista preserva a própria noção de inconsciente na pesquisa em psicanálise.

A presença da escuta do psicanalista torna-se, portanto, um operador central do trabalho, mobilizando o desejo e a palavra dos sujeitos na instituição. Calligaris (1991, apud Gurski, 2019) lembra que essa posição implica o “desejo de analista em sua dimensão intransitiva, ou seja, a possibilidade de desejar que o outro deseje” (p. 180). Dessa forma, a atenção flutuante e a associação livre permanecem como norteadores centrais da escuta e da pesquisa.

O psicanalista, ao reconhecer a emergência dos significantes do sujeito, pode observar efeitos de deslocamento e de oxigenação do laço institucional (Gurski, 2019). Desde Lacan, sabemos que o analista não pode se excluir da experiência que conduz, a transferência o inclui como parte integrante do processo. Assim, “aquele que conduz o trabalho de pesquisa é parte integrante da experiência, convertendo-se, ele mesmo, em sujeito/objeto de investigação” (Rickes et al., 2006, apud Gurski, 2019, p. 180–181).

Quanto a esse aspecto, Rosa & Domingues (2010) reiteram que ao estudo de um fenômeno social, o sujeito aparece enquanto “produto e produtor da rede simbólica que

caracteriza o que chamamos o social e o político” (p. 182), o que implica na percepção de que o campo de pesquisa e os sujeitos que o compõem estão entrelaçados por uma rede de significações que sustentam a realidade compartilhada. A pesquisa, nessa perspectiva, acontece de forma relacional, tecida através da relação transferencial construída no processo de pesquisa-escuta, portanto os dados que aparecem para serem analisados, foram construídos através da relação transferencial (Rosa e Domingues, 2010, p. 185).

Os dados analisados nessa pesquisa partem de registros de um percurso de escuta, escritos em diário de experiência. Gurski (2019) fundamenta o uso do diário a partir da mesma lógica ética e metodológica que sustenta a Psicanálise em sua vertente clínica e em extensão. Ao operar pela via da associação livre, o diário se configura como um dispositivo de registro atravessado pela transferência do pesquisador com a pesquisa, sustentando o mesmo pressuposto freudiano que funda a escuta analítica, a aposta no inconsciente como produtor de sentido e de saber sobre o sujeito.

Rodrigues et al. (2005) afirma que o que se registra no diário ou no *setting* de extensão não é um dado objetivo universal, mas sim uma produção de sentido sobre a experiência singular, permitindo compreender o efeito do inconsciente e a articulação significativa que emerge no encontro entre sujeito e analista.

Freud (1912/2010), ao propor o método da atenção flutuante como correlato técnico da associação livre, adverte o analista a “não privilegiar nenhum elemento do que ouve, dando a todos o mesmo valor de atenção” (p. 132), o que corresponde a uma postura ética diante do saber não-todo, inconsciente, que emerge no discurso. Nesse sentido, o diário de experiência, ao acolher uma escrita fragmentada e sem encadeamento lógico aparente, reflete em cadeias significantes do inconsciente, preservando o intervalo temporal do *a posteriori*, no qual a experiência adquire, retroativamente, significado.

Como observa Iribarry (2003, apud Gurski, 2019), o registro no diário só se realiza quando o psicanalista ocupa o lugar de estrangeiro, escrevendo a partir do *a posteriori* da vivência, e não no exato instante do acontecimento, em que o sentido daquele acontecimento se constitui apenas depois, em relação a novas associações e significações que possam surgir

Tal posição implica uma ética da escuta e da escrita, em que o pesquisador, ao se implicar com o campo, não busca narrar a verdade dos fatos, mas construir a experiência de sua própria escuta. Trata-se, portanto, de um modo de pesquisa que coincide com o próprio método analítico, em que a produção de saber se dá no entrelaçamento entre o sujeito, a linguagem e a transferência.

Desse modo, o diário de experiência pode ser compreendido como uma forma de psicanálise em extensão, uma vez que mantém viva a ética do bem-dizer e do não-saber no campo institucional, abrindo espaço para que o pesquisador se torne, ele também, sujeito de sua própria investigação.

Assim, considera-se que a relação transferencial se faz presente tanto em relação ao tema de pesquisa quanto ao projeto de extensão. A escuta flutuante da pesquisadora se estendeu à pesquisa teórica, ao levantamento dos materiais bibliográficos e ao campo de observação, que ocorreu semanalmente nos grupos de supervisão/intervisão coletiva do projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade”. O campo empírico desenvolveu-se no período de fevereiro de 2023 até julho de 2024, nas quintas-feiras das nove horas ao meio dia, ou seja, 3 horas de encontro. A partir da participação nesses grupos de supervisão e da leitura dos materiais do projeto, foram produzidos registros em diário de experiência, nos quais se anotaram narrativas e significantes escutados ao longo do percurso.

Alguns desses registros eram realizados durante o grupo de estudos, como coleta de alguns dados, datas, nomes fictícios dos presentes e dos casos apresentados. E, em um segundo tempo, um debruçar sobre o diário para a leitura, a rememoração e a escrita das memórias e das percepções da pesquisadora, dos significantes escutados, das inquietações e das questões que mobilizaram uma maior investigação. Nessa pesquisa, apresenta-se parcialmente o material do diário de experiência, privilegiando aspectos que ressaltam aquilo que Quinet (2003) nomeia como “sintoma-pergunta” e que mobilizaram questões a serem desdobradas.

A seleção desses materiais que deram consistência à análise a ser apresentada constitui uma difícil etapa do trabalho como pesquisadora. Tudo parecia ser importante, e era. Mas partindo do pressuposto de que não há como transmitir um saber todo, uma experiência toda, essa dissertação apresenta fragmentos especiais de um percurso de pesquisa. Impasses, contradições, desencontros, descontinuidades, questões, e potências do dispositivo AT no encontro com a psicanálise e a extensão universitária.

3.2 Caracterização do Campo de Pesquisa

3.2.1 O projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade”, os grupos de supervisão e participantes.

O projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade” vinculado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, teve início no ano de 2014, somando 12 anos de história na rede de serviços locais. Envolve alunos da graduação e da pós-graduação em psicologia, professores da universidade e profissionais da rede de saúde do município, que em articulação sustentam o AT como uma estratégia de cuidado na atenção em saúde mental voltada a pessoas em sofrimento psíquico grave.

Os casos acompanhados são encaminhados ao projeto a cada novo semestre, por meio da articulação com um CAPS II do município e com serviços especializados da UFSC. São priorizados casos de pessoas em sofrimento psíquico grave, com prejuízo na circulação social, nas relações interpessoais, e dificuldades na continuidade do tratamento no CAPS. Conta com aproximadamente oito acompanhantes terapêuticos, discentes da graduação em psicologia, que passam pela experiência de estágio obrigatório dos campos de atuação CAPS, SAPSI e Acompanhamento Terapêutico, sob a perspectiva da saúde mental coletiva e da psicanálise, e permanecem no projeto por um período aproximado de um ano.

Assim, cada at acompanha um usuário encaminhado pela rede, totalizando oito usuários acompanhados anualmente - período possivelmente estendido, conforme a necessidade de cada caso. Os casos que seguem em acompanhamento passam por uma transferência de cuidado entre acompanhantes, mediada pela supervisão do projeto e pela equipe de referência do CAPS. Há alguns casos que estão em acompanhamento por um longo período de tempo, tendo passado pela transferência de acompanhantes mais de uma vez. Trago recortes a respeito dessa questão nos capítulos a seguir.

A supervisão/intervisão dos casos acontece semanalmente no espaço do SAPSI, em um tempo médio de duração de 3 horas. O grupo é composto por discentes e docentes do curso de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFSC. Mestrandos e doutorandos da Linha de Psicanálise, Política e Cultura, que também contribuem nas discussões e supervisões; e coordenado por docentes que supervisionam os estágios e orientam pesquisas no PPGP. Ao todo, esse grupo reúne semanalmente em torno de doze participantes, que se debruçam a refletir sobre o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico

na atenção em Saúde Mental. Além da supervisão do projeto de extensão, há também o espaço das supervisões clínicas dos estágios. Entretanto, esse não foi o campo vivenciado nessa pesquisa, já que as análises aqui presentes decorrem da participação da pesquisadora na supervisão do projeto de extensão.

3.3 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Foi realizado contato com o projeto “Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade”, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, para apresentar a intenção de pesquisa, sua proposta, objetivos e participação das reuniões semanais. Posterior a esse momento, realizada uma apresentação da pesquisa e da pesquisadora aos participantes do projeto e realizado o convite para participação, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi apresentado ao grupo junto da proposta de pesquisa, a justificativa e a metodologia a serem percorridas, da inserção no projeto de extensão, o diário de experiência enquanto ferramenta de registro, e o cuidado ao sigilo das informações obtidas.

A participação da pesquisadora no grupo de supervisão ocorreu no período de fevereiro de 2023 à julho de 2024, semanalmente às quintas-feiras, das nove horas da manhã ao meio dia. Não contou com roteiro estruturado para a coleta dos dados, as observações e registros seguiram o método e a ética psicanalítica apresentados no tópico anterior. Alguns registros foram realizados ao longo dos encontros (como datas, nomes fictícios, fragmentos de relatos, significantes que se repetiam nas narrativas). Após a finalização dos encontros, a pesquisadora separava um momento para escrever em diário sobre algumas reflexões, indagações, questões que surgiam ao longo da supervisão. No período que sucedeu a participação da pesquisadora nos grupos de supervisão, após agosto de 2024, houve um terceiro momento de escrita, que durou cerca de três meses. Esse terceiro momento consistiu na leitura do diário físico e também uma escrita a respeito da experiência de participação no projeto de extensão. Foi um momento de encontro da pesquisadora com aquilo que havia sido escutado e com as afetações que, ao se assentarem, ganhavam sentido *a posteriori*.

As análises apresentadas nessa dissertação decorrem desse terceiro momento de escrita, que possibilitou uma escuta dos dados da pesquisa e da experiência, atentando-se aos lapsos, às discontinuidades, às fragilidades e às potências do encontro entre o dispositivo AT, a extensão universitária, a psicanálise e a saúde mental. Esse momento consistiu também em uma reformulação do direcionamento da pesquisa, em que se percebeu que alguns dos achados da pesquisa não iam ao encontro dos objetivos específicos iniciais, o que se

desdobrou em uma reformulação posterior dos objetivos gerais e específicos.

Além da fundamentação teórica já desenvolvida para a etapa de qualificação do projeto de dissertação, os achados da pesquisa apontaram para novos encontros com leituras e autores, os quais delinearão novos caminhos reflexivos para a fundamentação do AT enquanto um dispositivo clínico. Destaca-se, nesse percurso, o encontro com produções que traziam experiências de acompanhantes terapêuticos que sustentam sua prática a partir da ética da psicanálise. Esses encontros com a literatura do assunto permitiram articular aos achados da pesquisa produções de sentido que buscavam nomeação e que gentilmente foram acolhidas, de forma fecunda, nas interlocuções com esses autores.

Tais achados e interlocuções com os autores não serão apresentados em seções distintas como “fundamentação teórica”+”resultados e análise de dados”. Os capítulos a seguir trazem a fusão de dita interlocução, fruto da fundamentação teórica realizada a priori, e de uma produção de sentido que se deu a posteriori, no estabelecimento de diálogo com colegas e autores, e se desdobrou na escrita de quatro capítulos principais: O Acompanhamento Terapêutico no Brasil e sua relação com a Atenção em Saúde Mental; O Acompanhamento Terapêutico através da Extensão Universitária; O Acompanhamento Terapêutico e as Redes; O Acompanhamento Terapêutico através da ética psicanalítica.

3.4 Procedimentos Éticos

Este projeto de pesquisa segue os preceitos da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, e foi submetido e analisado pelo Comitê de Ética. Foi apresentada a carta de anuência e o Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, lido e explicitado juntamente com os participantes do projeto de extensão. O TCLE contém informações a respeito da pesquisa, coleta de dados, seus aspectos éticos, como caráter de sigilo dos participantes nos dados registrados e a escuta atenta às potencialidades das narrativas, distanciando-se de uma categorização que direcione de forma rígida ou moralizante os conteúdos destacados. Foi também explicitado aos participantes os possíveis riscos da participação da pesquisadora nos grupos de supervisão, bem como as barreiras que a pesquisadora utilizaria para evitá-los. Foram também destacados os possíveis benefícios da pesquisa para a reflexão de práticas em saúde mental. Nesse momento, a pesquisadora também enfatizou a responsabilidade e o encaminhamento adequado diante de quaisquer danos ocorridos aos participantes da pesquisa.

4. O Acompanhamento Terapêutico no Brasil e sua relação com a Atenção em Saúde Mental

Para refletir sobre o AT como estratégia de cuidado em saúde mental faz-se necessário retomar o campo de atuação ao qual nos referimos e contextualizar, a partir da modernidade, como se constituiu essa complexa área de saber e de assistência em saúde. Partiremos de uma perspectiva pautada pela Reforma Psiquiátrica. Essa se trata de uma categoria de análise histórica e global que nos fornece elementos para refletir criticamente a complexidade que envolve o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, terreno em que o acompanhamento terapêutico está também inserido.

No primeiro subtópico, retomaremos brevemente aspectos importantes que compuseram a concepção de loucura e de doença mental na modernidade, o seu lócus de tratamento e implicações ao sujeito, para que então possamos contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira e o processo de implementação das políticas públicas de saúde mental. Faz-se necessário essa retomada para que possamos pensar os seus desdobramentos na relação com o AT e com a contemporaneidade.

No segundo subtópico, adentraremos na relação do contexto apresentado e o surgimento do Acompanhamento Terapêutico no Brasil. A apresentação de aspectos da história do AT no Brasil nos fornecerá elementos para refletir, nos próximos capítulos, sobre a sua relação com a universidade, a RAPS, e a psicanálise.

4.1 Uma breve contextualização sobre a história da loucura na modernidade e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A modernidade ocidental marcou a passagem do fenômeno da loucura à objeto da ciência e da medicina, acarretou o desenvolvimento de dispositivos tecnológicos e discursivos voltados a sua caracterização, nomeação, método de tratamento e lugar no imaginário social, tratou-se da inauguração da doença mental (Foucault, 1978; 1979; 2000).

O saber médico e científico, baseado na premissa cartesiana da razão nos aparatos discursivos e de controle, forjaram o desenho da loucura no imaginário social. Diante da constatação da ausência da razão, pautada em uma perspectiva social hegemônica, retirava-se do sujeito a sua condição de cidadania, um privilégio não estendido a quem não respondia a uma norma social vigente (Foucault, 2000). Tínhamos então o que originaria uma das

principais problemáticas na atenção em saúde mental: a perda do direito da cidadania, juntamente à premissa do isolamento da doença para uma avaliação-vigilante constante.

A disciplina, a vigilância constante e o controle dos corpos como ponto de partida do tratamento consolidaram nos hospitais o principal local de endereçamento a esse fenômeno (Foucault, 1977). Por volta dos anos 1650, na França, a loucura ganhou status de doença, e isso justificou o uso dos dispositivos arquitetônicos ao seu tratamento, como o encarceramento hospitalar. O hospital enquanto instituição também sofreu mudanças nesse processo: o que inicialmente representava a instituição religiosa cristã, um local filantrópico de acolhimento aos que não tinham espaço no meio social, forjou-se nesse encontro junto ao saber médico, como local de cura justificado pela ciência (Amarante, 2011).

A ciência moderna e cartesiana, junto ao exercício do saber médico, desenharam o redirecionamento da relação com o corpo, com a espiritualidade, com a interpretação dos fenômenos, e passou a ocupar um lugar central na organização social e no seu exercício de poder. A partir desse lugar, exercia-se a vigilância, o poder e o controle sobre os corpos doentes, da internação forçada, compulsória, justificada no argumento do tratamento e da cura (Amarante, 2011; Foucault, 1977).

O isolamento da doença, e consequentemente o encarceramento do sujeito, tinha como justificativa a sua observação e o desenvolvimento de métodos experimentais de cura, como por exemplo os banhos frios, os choques elétricos e o desenvolvimento dos primeiros psicotrópicos. Ao longo dos anos, o enclausuramento, o isolamento social, a vigilância e os aparatos tecnológicos e medicamentosos compuseram o manicômio enquanto instituição de excelência destinada à loucura. Tornou-se o centro de investigações da doença a partir do contato empírico e do isolamento das contingências externas que desenhavam a dinâmica de vida, proporcionando terreno para a categorização dos quadros patológicos e produção de manuais didáticos sobre as doenças, ou, de uma “doença institucionalizada” (Amarante, 2011, p. 26).

Entretanto, esses espaços consistiam em “ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação” (Amarante, 2011, p. 19), em condições que violavam os direitos humanos, à exemplo das superlotações e da ausência de leitos, e o estabelecimento de condições precárias de higiene e saneamento, além da ausência de registros dos pacientes em documentos formais, e a quebra de vínculo com a rede familiar e vínculos sociais. Ao institucionalizar o sujeito, ato justificado na suposta cura de uma doença, apagava-se aquilo que havia de singular em cada um, num processo de aniquilação das subjetividades.

O resultado era um grande número de mortes não esclarecidas, um afastamento dos sujeitos do exercício da vida pública, da cidadania, do pertencimento ao próprio corpo e de condições dignas de existência, e do seu apagamento subjetivo, do saber-fazer sobre si. Esse processo de violências institucionais e do apagamento subjetivo ao qual eram subjugados recebeu o nome de Mortificação do Eu, por Goffman (1961).

Esse substrato favoreceu o fortalecimento do saber médico e de seu exercício de poder e de verdade por meio dos aparatos institucionais. Ao saber médico era investido a função de produzir a cura, entendida como restituição da razão ao alienado, reinscrevendo-o na ordem social vigente (Foucault, 2000). A relação médico-doente instituiu, assim, uma dívida simbólica: ao sujeito que sofre seria “devolvida” a razão, e essa restituição era cobrada sob a forma de docilidade dos corpos, adesão ao tratamento, não questionamento do saber médico e demonstração de cura por meio da adequação às normas disciplinares (Foucault, 2000).

Essa condição operava diretamente através da supressão do sintoma que caracteriza a doença mental e da readequação do sujeito a um funcionamento social predominante, o que muito se distanciava de um funcionamento psicótico. Nessa perspectiva, não eram reconhecidas a vivência e a experiência do sujeito com o sintoma, o processo da sua formação sintomática, ou o contexto em que ela foi desencadeada, ao se ater mais a uma leitura nosográfica do que à psicodinâmica. O contexto citado ressalta a atribuição de um sentido à um fenômeno, que passa a ser nomeado como doença mental, portanto, enredado em um contexto social, histórico e político dominante em sua época.

Embora houvesse um grande movimento de apropriação do fenômeno caracterizado como loucura e sua subversão em doença mental, em paralelo, havia outras reflexões e críticas sobre esse método de investigação e tratamento. Essas reflexões questionavam as teorias sobre as doenças mentais e a psicopatologia vigentes, bem como as suas formas de tratamento. O movimento social da luta antimanicomial, que segue em curso até os dias atuais, e o processo da Reforma Psiquiátrica eclodiram em diferentes países, contrapondo-se ao modelo violento e manicomial

Dentre os países em que esse movimento se desenvolveu, destacamos a Itália, que serviu de inspiração ao modelo da reforma psiquiátrica brasileira, e reformulou o modelo de atenção à saúde mental, ao transicionar de um enfoque hospitalocêntrico ao cuidado em território. No Brasil, esse movimento se intensificou a partir da década de 1980, com a

redemocratização do país e as mobilizações sociopolíticas pela cidadania, direitos humanos e dignidade na atenção à saúde (Lima, Aguiar & Sousa, 2015).

Lutas políticas como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o movimento pela Reforma Sanitária, e conquistas como a Constituição Federal Brasileira de 1988, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Declaração de Caracas em 1990, marco à Reforma Psiquiátrica nos países ibero-americanos, impulsionaram conquistas à saúde pública e ao modelo de atenção em saúde mental, através da garantia dos direitos pela atualização legislativa dessas políticas (Amarante, 1996/2016; Desviat, 1999/2015). A partir desses marcos legais, inicia-se de forma mais sedimentada o projeto para retorno dos sujeitos com sofrimento psíquico ao território (Amarante, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi, então, inspirada no modelo italiano de Basaglia e colaboradores, em que se preconizava o cuidado em território através de uma rede de atenção. Esse processo teve na lei 10.216/2001 um importante marco institucional, e através dele se institui no Brasil um novo modelo de atenção. A garantia de um Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei 8.080/1990 proporcionou à Reforma Psiquiátrica Brasileira ferramentas importantes para a sustentação do cuidado em território. As redes de atenção primária, secundária e terciária, com absorção e resolutividade em cada nível de atenção, através dos dispositivos que sustentam o cuidado como o conceito ampliado de saúde, possibilitaram o desenvolvimento de uma rede descentralizada, territorial, com absorção e resolutividade.

A instituição do conceito ampliado de saúde na Constituição de 88 e na lei 8.080/90 reafirmou, através de seus princípios e diretrizes, a saúde através de determinantes e condicionantes como “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais” (Brasil, 1990, Art. 3º), instaurando seu aspecto biopsicossocial e direcionando um novo modelo de atenção - como os Centros de Atenção Psicossociais e suas equipes multiprofissionais na atenção secundária -, e as equipes de saúde da família na Atenção Primária, o que favorece a vinculação dos usuários do SUS aos equipamentos de saúde, a promoção de saúde na comunidade, e o cuidado longitudinal.

Nesse movimento, a Reforma Psiquiátrica direcionou-se ao modelo psicossocial e à garantia do direito à saúde mental no território, ressaltando a necessidade de condições que assegurassem cidadania e pertencimento à vida comunitária. As diretrizes estabelecidas nas leis e portarias orientam esse novo modelo de atenção, descortinando uma grande problemática dos hospitais psiquiátricos então vigentes. De que forma se efetiva a

desinstitucionalização e a ressocialização dos sujeitos que ali estavam há mais de vinte, trinta anos, que não tinham mais vinculação com seus familiares ou outras redes sócio afetivas, e que, pelos anos de enclausuramento, perderam as habilidades necessárias para o exercício da vida fora do hospital?

Programas como o De Volta Para Casa (PVC), o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH), e os Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foram desenvolvidos com o intuito de conduzir a desinstitucionalização dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Percebeu-se necessário agentes que mediassem esse processo de retomada das atividades de vida diária em suas múltiplas dimensões, sejam elas políticas, econômicas, históricas, sociais e éticas. Dentre os dispositivos que apresentaram uma alternativa de cuidado a essa travessia dos sujeitos institucionalizados à vida em comunidade, destaca-se o Acompanhamento Terapêutico, que compõe o movimento político da desinstitucionalização (Palombini 2007; Reis Neto, 1995; Sereno 2018).

Seu surgimento no Brasil ocorreu inicialmente em instituições privadas, voltadas ao tratamento de transtornos mentais graves, que pensavam o cuidado em saúde mental através de práticas terapêuticas que iam na contramão da política manicomial vigente. O AT cresce como um movimento político na atenção à saúde mental e inaugura uma clínica que acompanha os sujeitos nos espaços da vida comunitária, proporcionando outros contornos ao cuidado para com a crise. Ainda assim, a prática não foi incorporada nos equipamentos de atenção à saúde mental, nem nas equipes multiprofissionais, tampouco nas políticas públicas e permanece nos entremeios da Atenção Psicossocial.

O caminho para a construção dessa transição se revelou permeado por impasses e tensões epistemológicas. O estabelecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial enquanto rede organizada em níveis de atenção foi consolidado somente em 2011, com a portaria nº 3.088, que apresentou normativas e diretrizes para a efetivação concreta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizando o cuidado em saúde mental através de uma rede territorializada e intersetorializada, disposta de forma estratificada e referenciada nos diversos níveis de atenção, com fluxos de referência e contrarreferência para a continuidade do cuidado.

A portaria regulamenta os equipamentos existentes nos níveis de atenção primária, secundária, terciária e pré-hospitalar, estabelecendo sua atuação em rede de forma resolutiva, fundamentada nos princípios da hierarquização, territorialização, acesso universal e cuidado integral e interdisciplinar, com equipes multiprofissionais. Essa disposição fortaleceu o

cuidado da crise em território, através dos serviços de atenção à urgência, e à continuidade do cuidado através do fortalecimento das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e do matriciamento pelo CAPS.

Dentre as diretrizes da portaria, destacam-se o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas, o combate aos preconceitos e estigmas atrelados à pessoa com transtorno mental, e a atenção centrada nas necessidades do sujeito sendo fundamentais para a transformação da relação da sociedade com a loucura (Brasil, 2011). As diretrizes apontam para a autonomia do sujeito no seu percurso de tratamento, a não hierarquização dos saberes em saúde diante do saber do sujeito, e a movimentação do constructo da loucura na sociedade. Caminhos que reforçam a contraposição ao modelo manicomial centrado na instituição hospitalar e na segregação. A Política Nacional de Humanização no SUS também caminhou nesse sentido, com os seus princípios e diretrizes, que preconizam a autonomia do usuário, a valorização do seu saber, a não hierarquização das relações, a aproximação entre atenção e gestão. Um fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no SUS.

Os dez anos que separam a Lei nº 10.216, de 2001, e a Portaria nº 3.088, de 2011, evidenciam que o processo de implementação da política pública de saúde mental foi — e ainda é — marcado por disputas científicas, ideológicas e políticas. Essas disputas atravessam diferentes esferas de governo, gestões estaduais e municipais, interesses da iniciativa privada, corporações e segmentos da sociedade organizada, que, a partir de interesses diversos, influenciam a conformação de um modelo de cuidado que é direito da população brasileira. A Reforma Psiquiátrica Brasileira não seguiu um percurso linear, e a defesa da saúde pública como direito, do cuidado territorializado e da vida comunitária não constitui um interesse comum a todos os agentes sociais. A partir de 2011, e especialmente até 2025, essas tensões tornaram-se ainda mais explícitas.

O ano de 2017, marcou maiores tensionamentos e retrocessos no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o desinvestimento da atenção psicossocial em território. A nova Política Nacional de Atenção Primária (2017) reduziu sua potência de promoção em saúde no território através de cortes nas equipes de matriciamento e nas equipes de agentes comunitários de saúde, na atenção primária (Morosini, Fonseca, & Lima, 2018). O enfraquecimento dos pilares que sustentam um cuidado em território desembocou no reaparecimento de argumentos que desqualificam a atenção psicossocial. Sendo assim, “uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de

se aproximar mais do modelo pautado em ambulatorios especializados” (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020, p. 4), enfraquecendo ações de promoção e proteção de saúde e recaindo em um modelo centrado na doença, no sintoma e na segregação, representando também o fortalecimento do neoliberalismo nas políticas de Estado.

Também houve, no âmbito das políticas de saúde mental, cortes e barreiras no repasse de fundos aos CAPS, bem como o retorno de um alto financiamento para leitos de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; Vedana et al., 2024). Em 2017 foi publicada a portaria 3.588/17, que sugere um fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e ambulatorial psiquiátrico através da ênfase do hospital psiquiátrico como ponto da RAPS. A reformulação previu reajuste do valor de diárias para internação em hospitais especializados, e inclusão de Hospitais-dia com funcionamento semelhante ao CAPS, mas sem articulação com território. A portaria também instituiu o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), voltado a municípios com mais de 500 mil habitantes ou capitais estaduais, ou seja, regiões também com maior percentual de desigualdades sociais e vulnerabilidades socioeconômicas.

A abertura deste equipamento foi questionada pelo movimento antimanicomial. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) apontam semelhanças entre o CAPSad IV e pequenos hospitais localizados em áreas de uso problemático de substâncias psicoativas e de extrema vulnerabilidade social, como as cracolândias. Os autores também destacam a adoção de internações compulsórias e o encaminhamento de usuários para comunidades terapêuticas religiosas, com financiamento de recursos públicos, como parte do fluxo de tratamento. Um claro retrocesso à premissa do cuidado em território. As medidas fortalecem a hospitalização como locus do cuidado; o enfraquecimento da vinculação terapêutica entre usuário e equipe CAPS; e o manejo de crise distante do território. A problemática do tratamento de substâncias psicoativas, do financiamento das comunidades terapêuticas, segue sendo um ponto de atenção e disputa ideológica no âmbito da Saúde Mental.

Ainda que em 2023 a nova diretora responsável pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tenha revogado a portaria de 2017 e previsto a recomposição dos investimentos voltados para os CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (Vedana et al., 2024), os sete anos de enfraquecimento da atenção psicossocial deixou impactos importantes na estrutura do departamento. É importante considerar que nesse período ainda houve o agravamento do sofrimento psíquico da população durante o período pandêmico. Esse período retoma um paradigma histórico da atenção à saúde mental, marcado pelo enclausuramento e

pela segregação dos sujeitos, afastando a cidade como espaço de cuidado e de pertencimento. Se anteriormente o debate se concentrava na desinstitucionalização, atualmente observa-se o tensionamento de um modelo territorial já sucateado, o fortalecimento do modelo hospitalar e das comunidades terapêuticas de viés religioso, além da expansão das Organizações Sociais (OS) como representantes da iniciativa privada na gestão de um bem público.

Temos, portanto, um contexto marcado pelo agravamento das vulnerabilidades sociais no território brasileiro, o aumento alarmante de sujeitos que apresentam sofrimento psíquico grave e permanecem sem acompanhamento territorial e longitudinal. Soma-se isso a saturação dos equipamentos de saúde, acompanhada pelo enrijecimento dos protocolos de acolhimento e acompanhamento dos usuários, que resulta em uma não-absorção de quadros agudizados, que são frequentemente direcionados para a internação psiquiátrica.

Para além de uma reorganização do modelo de atenção, torna-se necessário refletir estratégias não-psiquiatrizes no processo de cuidar, que fortaleçam a RAPS e o cuidado em território, e caminhem na contramão de um problema crônico que hoje enfrenta a atenção em saúde mental: as chamadas “portas giratórias” (Bezerra & Dimenstein, 2011), que são usuários com múltiplas reinternações psiquiátricas, sem a continuidade do acompanhamento em saúde mental territorial. Essa configuração, somada à falta de investimento na educação permanente dos profissionais, às restrições de recursos destinados ao cuidado em território e à precariedade das condições de trabalho, delineiam um contexto de difícil efetivação de uma perspectiva psicossocial. Problemas como a ausência de uma rede de saúde mental estruturada e devidamente articulada dificultam o acesso e o acompanhamento dos usuários, desencadeando o aumento da agudização dos casos e dos episódios de crise, o que resulta no redirecionamento para reinternações psiquiátricas

Barbosa et al (2016) citam um estudo realizado por Martinhago e Oliveira, 2012, com profissionais de CAPS II em Santa Catarina, e apontam a identificação de que na realidade local, os CAPS são induzidos a trabalhar no limiar da institucionalização na lógica ambulatorial. Diante de situações de crise, há a predominância do modelo clássico da psiquiatria, centrado no controle dos sintomas e na internação em hospitais. A exemplo: a região da Grande Florianópolis vivencia ainda hoje, em 2025, os efeitos de se ter na RAPS um hospital psiquiátrico com emergência porta aberta. Esse fator intensifica o afastamento do cuidado da crise no território e reduz as barreiras à hospitalização, consolidando o hospital como referência regional, tanto para os demais equipamentos da RAPS quanto para a população local. Tal dinâmica contribui para o aumento do número de internações e não

fortalece o cuidado em contra referências, uma vez que a internação deixa de ocorrer exclusivamente por meio da regulação de leitos, descentralizando do CAPS a função de articular esse cuidado.

Nesse estudo realizado por Barbosa et al (2016) sobre as práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, revelou-se um cenário complexo, marcado por contradições e disputas na busca pela consolidação do modelo de atenção psicossocial e da superação do modelo biomédico. O estudo identifica nuances do modelo psiquiátrico nas práticas de cuidado dos CAPS, centralizando as ações em atendimentos clínicos individuais e ambulatoriais, priorizando a medicalização como estratégia principal do tratamento. Identificam que a terapêutica dominante é centrada na erradicação dos sintomas mediante a prescrição massificada de psicotrópicos. Há uma grande demanda por consultas e medicações, e a organização assistencial tende a ser hierarquizada, com o saber médico persistindo em imperar sobre outros saberes, levando a agendas exageradas e a atendimentos de curta duração, com vistas à produtividade.

Isso configura o que Lancetti (2008) denominou “Caps burocrático”, em que os usuários precisam se adaptar aos serviços oferecidos, e não há espaço para novas estratégias de cuidado. Esses recortes demonstram a materialização das formas de biopoder e biopolítica no contexto atual da saúde mental brasileira, revelando a reprodução de práticas clínicas disciplinares remanescentes do modelo biomédico hospitalocêntrico, a medicalização dos sofrimentos cotidianos, e a verticalização das relações profissionais.

Diante desse cenário, Barbosa et al (2016) propõem o exercício de uma “vigilância epistêmica”, ou seja, olhar e escutar com atenção as práticas que, mesmo sob novas roupagens, reproduzem um modelo manicomial. Os autores apontam para uma bússola ética que tem como norteador o questionamento “O que de fato significa cuidar?” (p. 189), pensando as práticas de cuidado em saúde e sua relação com a clínica tradicional. Michel Foucault desenvolve os conceitos de biopoder e biopolítica para refletir acerca dessa temática. Apresenta que através de dispositivos de cuidado e sob a justificativa do bem-estar, há um exercício de poder e controle sobre os corpos e modos de viver (Foucault, 1988). O biopoder desloca o saber em saúde para as instituições, através de aparelhos discursivos e de dispositivos calcados na justificativa do cuidado e do bem-estar, desapropriando as populações de práticas de cuidado autorais, estabelecendo regimes de verdade que orientam o que é *viver bem, estar saudável*. Nesse sentido, o cuidado torna-se também uma tecnologia de controle: regula, disciplina, ajusta, faz uma manutenção da hegemonia social.

Os autores Barbosa et al (2016) refletem sobre os dispositivos do biopoder na saúde mental, e destacam marcas de uma clínica ainda colonizada por práticas manicomiais: a medicalização dos sofrimentos cotidianos, o predomínio de práticas disciplinares herdadas do modelo biomédico, a verticalização das relações e o território apenas como espaço geográfico. Trata-se de uma perspectiva que opera uma cisão entre o sujeito e o seu contexto, com a escuta voltada para a nosografia do sintoma e sua catalogação, reproduzindo certa culpabilização do indivíduo pelo adoecimento, pela segregação e por expectativas ao ajustamento - ou falta dele. Ainda que em outra roupagem, uma prática que reforça estigmas propicia despertencimento do convívio social, e centrada no saber biomédico, desautoriza o usuário da autoria no cuidado de si.

Diante disso, para seguir em compromisso com a RPB na atualidade, faz-se necessário o compromisso com uma clínica ampliada e com processos inventivos nas práticas de cuidado, práticas essas que considerem o sujeito como protagonista desses novos processos, bem como a luta pelo fortalecimento e pela ampliação dos equipamentos da RAPS. O processo de reforma psiquiátrica não consiste em um movimento linear e progressivo ordenado cronologicamente, ele se faz presente no fortalecimento, na ampliação e na defesa de práticas que sustentem o aparecimento de um sujeito de direitos, com a consolidação da cidadania e das coletividades.

A preocupação com o combate a estigmas, discriminação e preconceitos também implica os equipamentos e os profissionais de saúde com o compromisso social de viabilizar na cidade espaços plurais de existências, uma certa atenção com os espaços demasiadamente homogêneos e inférteis à pluralidade humana, um cuidado a ser tomado no percurso da Reforma Psiquiátrica. Para que haja cuidado em território, é necessário também fortalecer uma perspectiva comunitária de cuidado. Isso não se dá somente com a garantia jurídica da sua efetivação, mas também com o fortalecimento de estratégias micropolíticas que garantam a sustentação no cuidado um a um (Alves et al., 2021).

É nesse campo das estratégias micropolíticas que o AT se sustenta como dispositivo clínico-político, pois em sua trajetória pela saúde mental, compôs movimentos sociais pela RPB e pela luta antimanicomial, participou do processo de desinstitucionalização, e, no acompanhamento do sujeito, acompanha também a RPB enquanto percurso (Palombini, 2007). A proposta do AT resgata a perspectiva do reconhecimento do saber que habita o sujeito, sendo esse um norteador do percurso de tratamento. Ao conduzir o acompanhamento, a sua função não é falar pelo sujeito, mas estar-junto e testemunhar esses feitos, apostando na

invenção como caminho. O AT, nesse sentido, se apresenta enquanto prática que abre fissuras na lógica constituída do cuidado em saúde, pois também a escuta e a tensiona, destoando de uma lógica prescritiva e hegemônica. Essa prática será abordada no próximo tópico.

4.2. História do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, e sua relação com a Atenção em Saúde Mental

A prática hoje nomeada como Acompanhamento Terapêutico (AT) emerge em diferentes países como uma estratégia de cuidado em saúde mental, adotada por instituições de tratamento alternativas ao modelo manicomial vigente. Teve como contexto do seu surgimento a problemática da institucionalização da loucura e o surgimento de práticas instituintes de cuidado. Desde a figura do voluntário, em Trieste, Itália, ao amigo qualificado na Argentina, compôs-se o que viria a ser o Acompanhamento Terapêutico no Brasil, ainda que com diferentes contornos. No Brasil, o AT atuou como dispositivo da reforma psiquiátrica antes mesmo da sanção da lei 10.216/2001, momento em que se estabeleceu como importante ferramenta da desinstitucionalização (Reis Neto, 1995).

Retomaremos nesse capítulo nuances da história do Acompanhamento Terapêutico no Brasil na sua relação com as práticas em saúde mental, com a formação de estudantes das áreas psi, e com a psicanálise. Partirei do diálogo com autores como Reis Neto (1995), Palombini (2007), Araújo (2007), Hermann (2008), Bazhuni (2010), Sereno (2018), Metzger (2021), e Marsillac (2018; 2021; 2022). A escolha pelo diálogo com esses autores se deu pelo que representam na construção do AT no Brasil, e a análise de atravessamentos que também nos propusemos a pensar nessa dissertação: o AT no encontro com a extensão universitária e com a psicanálise.

Na experiência dos diferentes países que citaremos ao longo desse capítulo, o surgimento do AT decorre de uma necessidade de cuidado frente aos efeitos iatrogênicos da internação psiquiátrica. As rotinas hospitalares rígidas e inflexíveis propiciavam o apagamento da singularidade dos sujeitos, e perpetuavam marcas de dessubjetivação em seus corpos, fenômeno que ainda se observa nas instituições psiquiátricas que sucederam os antigos manicômios e hospitais-colônia.

Os protocolos hospitalares estabeleciam as roupas a serem vestidas, o horário para dormir e despertar, para o banho, o sabonete e o cheiro que ficaria impresso no corpo, o

cheiro dos corredores e também da comida. Dentro desses rígidos protocolos, foge ao sujeito a escolha do cardápio das refeições, a louça posta na mesa, e não raro, o movimento de levar o garfo à boca, com a perda de força da mastigação, efeito colateral da impregnação medicamentosa. Logo, o ato de comer também já não lhe pertence. A contenção não é apenas mecânica, é também sensorial, subjetiva. Logo, os pacientes passam a demandar mais cuidado para as atividades e, de forma geral, se avista a necessidade em auxiliar os pacientes institucionalizados na retomada de práticas cotidianas da vida, que foram absorvidas pelos muros do hospital.

Na Itália, em Trieste, houve com a psiquiatria democrática o movimento pela desinstitucionalização e pelo retorno ao território, o que trouxe a figura do voluntário enquanto um importante agente de construção a esse novo modelo de cuidado (Hermann, 2008; Metzger, 2021; Reis Neto, 1995). A figura do voluntário era frequentemente desempenhada por estudantes de enfermagem ou universitários em geral e foi fundamental ao processo de desinstitucionalização por ter um papel de mediação para com o sujeito nas atividades cotidianas da comunidade e no convívio social.

Na França, com a psicoterapia institucional do país, a figura do monitor acrescenta-se ao acompanhamento das tarefas cotidianas, com o encargo de também torná-las terapêuticas, atribuindo um novo papel à essa função (Metzger, 2021). A clínica La Borde, foi um importante locus dessa criação. Nela expandiu-se o olhar para os múltiplos pontos/agentes de cuidado, constituindo uma visão de cuidado em rede e da importância da sua articulação. Na Argentina, por volta da década de 1960, há registros da prática do amigo qualificado, em Buenos Aires, no Centro de Estudo e Tratamento Médico Psicológico (CETAMP), estabelecendo diálogo com as Comunidades Terapêuticas e fundamentando-se no referencial psicanalítico (Metzger, 2021).

O surgimento do AT no Brasil se deu nos anos 60, através de Comunidades Terapêuticas inspiradas no modelo inglês, instituições privadas voltadas ao cuidado em saúde mental. Essas instituições se firmavam como uma alternativa aos manicômios brasileiros, ainda que com acesso a um público mais restrito. Apresentaremos esse surgimento a partir de três principais experiências documentadas.

A experiência da Clínica Pinel em Porto Alegre, foi a primeira documentada no Brasil e ganhou o nome de atendente psiquiátrico; a experiência da clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, teve inspiração na figura do atendente mas adquiriu outras funções e sustentações

epistemológicas, o seu nome foi auxiliar psiquiátrico; em São Paulo, através da Clínica Enfance, a figura do atendente aproximou-se do amigo qualificado da Argentina.

Essas iniciativas indicavam a progressão em curso da RPB, e serão desenvolvidas no decorrer desse tópico, mas tomaremos como ponto de partida aquilo que há em comum nesse ofício, para que depois possamos olhar para as especificidades de cada experiência. O auxiliar/atendente psiquiátrico não era um profissional com formação específica, a sua função era a de, através de uma relação horizontal com o paciente, auxiliar em atividades cotidianas como a alimentação e o cuidado com a higiene pessoal, acompanhar as atividades da terapia ocupacional, mediar conflitos entre os pacientes, proporcionar suporte diante dos episódios de crise e também nas saídas esporádicas da instituição - ou seja, atividades cotidianas com importantes repercussões psíquicas (Reis Neto, 1995; Sereno, 2018).

Ainda que não tivesse uma formação teórica, se esperava que fossem “pessoas leigas com capacidade de estabelecer relações humanas terapêuticas, sem os vícios dos consultórios” (Sereno, p. 19, 2018). Isso nos remete para o fato de que havia algumas habilidades ou pré-disposições que se faziam necessárias ao exercício dessa função. O *estar junto* era preconizado como meio de facilitação e engajamento nas atividades, e o seu principal recurso de trabalho (Reis Neto, 1995; Palombini, 2007; Sereno, 2018).

O seu contato com o paciente advinha da recomendação da equipe, ou seja, da medicina, da enfermagem ou da psicologia. Nela, vinham orientações sobre os objetivos terapêuticos e as condutas a serem tomadas pelo atendente/auxiliar, o que denota pouca autonomia no curso do acompanhar (Reis Neto & Oliveira, 2011). A experiência ocorreu de forma distinta em cada uma das clínicas citadas, mas para além da funcionalidade concreta a que era destinado, o seu caráter terapêutico se tornou cada vez mais relevante (Reis Neto, 1995; Sereno, 2018).

Reis Neto (1995), Palombini (2007), Hermann (2008), Bazhuni (2010), Sereno (2018), e Metzger (2021) nos apresentam fragmentos de uma história que se narra como história vivida, como história que se constrói e depois se transmite, um aspecto que enriquece a reflexão sobre as itinerâncias desse dispositivo até o seu momento atual. A partir do que nos apresentam esses autores, voltaremos à história do AT no Brasil, com início em meados dos anos 60, época mesma do amigo qualificado em Buenos Aires, no Centro de Estudo e Tratamento Médico Psicológico (CETAMP).

A Clínica Pinel, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, foi uma instituição privada estruturada aos moldes das comunidades terapêuticas do modelo inglês, de orientação

psicanalítica e voltada à reintegração social de pacientes psicóticos adultos. Nela, os pacientes participavam das atividades internas da instituição e frequentavam atividades externas na comunidade, como consultas médicas, atividades familiares e eventos locais (Serenó, 2018). O atendente psiquiátrico, como foi nomeado nessa instituição, era uma pessoa leiga, treinada pelo corpo técnico da clínica para acompanhar as rotinas de cuidado, as tarefas do cotidiano, além de atividades do programa terapêutico da instituição, como atividades de esportes, oficinas da terapia ocupacional, e atividades externas. Seu objetivo era o de auxiliar na manutenção da rotina dos pacientes e evitar episódios de crise, sendo sua atuação subordinada ao saber médico.

Os atendentes não pertenciam a uma categoria profissional bem delimitada e constituíam uma camada intermediária entre pacientes e equipe técnica, visto que eram responsáveis pelo manejo direto com o paciente. A descrição que os autores citados fazem do atendente psiquiátrico transmite também a impressão de que o profissional não era direcionado ao cuidado de apenas um paciente, mas de um determinado grupo ou número maior de pacientes. O modelo de cuidado aí instalado chega como notícia à outras comunidades do país.

No Rio de Janeiro, em 1969, é inaugurada a Clínica Vila Pinheiros, uma instituição privada fundada por um grupo de psiquiatras e psicanalistas, voltada também a pacientes psicóticos e seus familiares, e inspirada nos moldes das comunidades terapêuticas. A clínica atuou como hospital-dia e tinha um grande repertório de atividades terapêuticas. Ao corpo médico da Clínica Vila Pinheiros se soma uma psiquiatra gaúcha advinda da Clínica Pinel, o que possibilitou que ali houvesse uma figura inspirada no atendente psiquiátrico.

O auxiliar psiquiátrico, como era nomeado, teve uma inspiração maior na clínica psicanalítica (Reis Neto, 1995; Sereno, 2018; Metzger, 2021). Para além do estar junto, era incentivado que esse profissional acompanhasse o paciente em sua realidade psíquica, abstando-se de fazer as atividades por ele, incentivando-o e amparando suas ações, desde que essas não oferecessem risco a ambos. A atuação do auxiliar psiquiátrico ganhou reconhecimento e passou a ser requisitada por psiquiatras e psicanalistas nos seus consultórios privados. Assim, o auxiliar transpassa o cenário inicialmente vinculado à instituição, e passa a estar presente nos ambientes domiciliares, junto do paciente e de sua família, com objetivo de proporcionar melhores recursos de cuidado nos episódios de crises e assim evitar internações.

Em São Paulo, a Clínica Enfance foi uma comunidade terapêutica privada fundada em 1968, voltada ao tratamento em saúde mental para crianças. A clínica se constituiu como um importante locus do AT na RPB, através de sua perspectiva mais política e comunitária (Sereno, 2018). Era articulada a movimentos políticos e sociais, posicionando-se inclusive diante da ditadura militar brasileira e nos países da América Latina. Tornou-se um espaço de diálogo e de reflexões importantes sobre o cuidado em saúde mental, a reforma psiquiátrica e a redemocratização, reunindo profissionais implicados nessas problemáticas.

Assim como a Vila Pinheiros, a Enfance enfrentou graves crises financeiras, o que aproximou a atuação do atendente psiquiátrico de pessoas que não dependiam financeiramente do salário. Desse modo, essa função passou a ser exercida majoritariamente por estudantes de Psicologia (Sereno, 2018). O assistente psiquiátrico da Enfance ganhou com o tempo um caráter terapêutico e central no tratamento, ele estava presente no cotidiano das crianças e tornou-se responsável pelas ações terapêuticas do tratamento. Nota-se, aí, um movimento de maior autonomia no exercício da função, acrescido também da aproximação com as áreas psis (psicanálise, psicologia e psiquiatria).

É possível notar a partir das experiências descritas alguns pontos de convergência. Nas três clínicas os autores apresentam a atuação dos auxiliares/atendentes no contexto de instituições privadas alternativas ao modelo manicomial vigente, o que, mesmo em um contexto mais restrito, ressalta um aspecto político e instituinte inerente ao seu surgimento. Nele, as intervenções dos atendentes aos pacientes eram direcionadas ao cuidado com mais autonomia e ao convívio com os pares, seja dentro ou fora da instituição, o que denota que a ação de acompanhar se expande do singular ao social.

Nessas experiências, os atendentes compunham um cuidado em equipe, geralmente composta por psiquiatras, psicanalistas, terapeutas e familiares. O trabalho em rede, portanto, se faz presente desde as primeiras experiências. Esse grupo tinha uma atuação intensa, especialmente em períodos de crise. No momento de organização do trabalho, os atendentes trabalhavam em plantões de 6 às 12 horas, e revezavam-se em equipes, tendo como um de seus principais objetivos evitar internações, e ressaltando o seu aspecto ainda hoje vigente do cuidado em território.

O convívio com os pacientes e o diálogo com as equipes proporcionaram condições para que os auxiliares/atendentes desenvolvessem percepções clínicas a respeito dos pacientes acompanhados. Junto a isso, os autores reconhecem que os conhecimentos das áreas Psis somaram-se, gradativamente, ao corpo formativo do AT. O fator comum das crises

financeiras enfrentadas pelas clínicas aproximou o exercício dessa ocupação às pessoas que não dependessem da sua remuneração para o seu sustento, ou seja, estudantes das áreas da saúde. A sua caracterização como prática em saúde mental interdisciplinar e sua estética de encontro ao inesperado chamou a atenção de estudantes universitários, em especial da psicologia (Palombini, 2007). A eles, o retorno vinha através do aprendizado e da experiência adquirida através da atuação, e não um retorno financeiro propriamente dito. Conteúdos como a história da loucura e a reforma psiquiátrica, as teorias do sujeito, e o psicodiagnóstico se consolidaram como bagagens teóricas indispensáveis à sustentação clínico-política da prática.

Na década de 80, o Brasil vivia a efervescência dos movimentos que contribuíram para a redemocratização do país. Nesse momento, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica movimentavam as lutas políticas da saúde brasileira: há, por exemplo, o surgimento do Instituto A Casa, um hospital-dia inaugurado entre 1979 e 1980 em São Paulo, que marca definitivamente o desenvolvimento do Acompanhamento Terapêutico no Brasil. Os profissionais que atuavam como auxiliar psiquiátrico/amigo qualificado, implicaram-se diretamente com os princípios do cuidado em liberdade e com a luta antimanicomial, ressaltando o aspecto clínico-político desse fazer.

A instituição representou um marco na organização do AT enquanto dispositivo clínico, desenvolveu formações e materiais teóricos, sendo hoje uma das principais referências na área. A Casa esteve articulada à dimensão política da atenção em saúde mental, operando resistências diante da realidade manicomial e de seus desdobramentos para além dos muros institucionais. Estabeleceu diálogo com o pensamento de psicanalistas argentinos como Pichon, Bleger e Baremlitt, que firmavam um estreito diálogo com o AT, psicanálise e sua implicação política e social (Serenó, 2018).

Partia de concepções teóricas como a antipsiquiatria, a psicoterapia institucional, a análise institucional, a psicanálise, e o psicodrama, e aproximava-se da concepção política do amigo qualificado da Argentina. O contexto político e social em ebulição propiciava a reinvenção de práticas e a abertura aos novos possíveis. Esse contexto aproximou ainda mais a prática de acompanhar de seus aspectos político e clínico e fomentou a sua sistematização teórica, propondo reflexões a respeito do seu *setting*, da relação com a cidade, da transferência nesta clínica e da relação com a clínica das psicoses.

Confluiu-se aí o diálogo entre práticas instituintes em saúde mental, acompanhamento terapêutico e psicanálise. Esse movimento teve maior adesão entre psicólogos implicados nos movimentos políticos e sociais citados, reconhecendo a cidade, o laço social e as políticas

públicas como espaços de escuta e atuação. Havia uma crítica a respeito da restrição da psicanálise à prática analítica em consultórios privados (Serenó, 2018). Esse momento ressoou desdobramentos nas vertentes psicanalíticas da época.

Dito contexto da psicanálise brasileira aproximou uma parcela dos psicanalistas aos espaços sociais e coletivos de atuação. No contexto da RPB, os dispositivos que movimentavam a atenção em SM ao território se configuraram enquanto propulsores para o encontro entre o Acompanhamento Terapêutico e a Psicanálise (Serenó, 2018). A fundação do Hospital-Dia A Casa foi um importante locus dessa conjunção.

Em 1984, com o primeiro Encontro de Amigos Qualificados de São Paulo e o reconhecimento do seu carácter clínico e terapêutico, a prática passa a ser nomeada, não sem tensionamentos e discordâncias, como Acompanhamento Terapêutico. A preocupação com a mudança de sua nomenclatura e com a aproximação das ciências psis se deu principalmente a respeito de não se perder o seu aspecto político, em detrimento de uma tecnicização clínica (Araújo, 2007). Metzger (2021) argumenta que essa mudança trouxe ao AT maior autonomia profissional, e que, por firmar-se em uma determinada ética, submetia-se também a um conjunto de diretrizes, de exigências, acrescentando à dupla acompanhante-acompanhado um terceiro aspecto importante quando se pensa na relação de transferência no tratamento das psicoses, que será melhor explicitado adiante.

A partir do auxiliar/atendente psiquiátrico, amigo qualificado, surge o Acompanhamento Terapêutico no Brasil, como dispositivo clínico e político na cidade, intrinsecamente ligado ao curso da reforma psiquiátrica e aos movimentos políticos da saúde mental (Fantin, 2017; Palombini, 2007; Reis Neto, 1995; Ribeiro, 2002; Reis Neto & Oliveira, 2011; Serenó, 2018). Entretanto, não foi consolidado como prática da Atenção Psicossocial pelo SUS. Não houve menção ao AT ou ao seu papel no processo de desinstitucionalização nos relatórios das três primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). É citado no relatório da IV CNSM (Brasil, 2010) com uma tímida aparição, no que diz respeito ao fortalecimento e à ampliação de ações no território. Essa citação consta no Eixo II: Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais, no item Práticas clínicas no território, tópico Trabalho em rede e no território. Lê-se:

Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas (Brasil, 2010, p. 68).

A menção representa algum reconhecimento do AT no âmbito da atenção psicossocial, no que se refere às particularidades do processo de cuidado, e a abertura a um acompanhamento itinerante. De alguma forma, salienta uma abertura às especificidades que dizem respeito aos sujeitos e às culturas acompanhadas pela atenção psicossocial. O item caminha na contramão da burocratização dos protocolos de atendimento da RAPS. Ainda no item “CAPS como dispositivo estratégico da reforma” há a previsão para contratação de acompanhantes terapêuticos na composição de equipes desse serviço:

Ampliar e diversificar a equipe multiprofissional nos dispositivos de saúde mental, considerando as especificidades regionais, e revendo a Portaria 336/02 para incluir a contratação de acompanhantes terapêuticos, arte terapeutas, professores de Educação Física, musicoterapeutas, professores de Artes Cênicas e de Yoga, massoterapeutas, psicopedagogo, etc., para todas as modalidades de CAPS, assegurando a interdisciplinaridade da atenção (Brasil, 2010, p. 72).

A citação representa uma abertura das políticas públicas para a incorporação do at na equipe multiprofissional, porém, ainda se faz necessário um mapeamento consistente das ações municipais e estaduais que efetivaram essa direção. No tópico anterior, ressaltamos que os anos que se seguiram à essa conferência foram de um endurecimento das políticas públicas voltadas à seguridade social, não proporcionando recursos necessários para a ampliação de novos equipamentos e equipes dos CAPS.

Cabral (2017) compartilha sobre a experiência ocorrida em municípios do Rio Grande do Sul, com a efetivação da contratação de AT na política Estadual de saúde mental para inserção nas Unidades de Saúde, através da resolução CIB 233/2014. A iniciativa fortaleceu a rede local com novas estratégias de cuidado em saúde mental, regulamentadas pela política estadual. Essa resolução local (Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2014), estabeleceu como critérios para ocupação do cargo a formação em nível superior em psicologia, serviço social, educação física, fisioterapia, enfermagem e etc., e, para nível médio, a formação em agentes comunitários, técnicos de enfermagem etc. No documento publicado, não há requisitos ou habilidades específicas a respeito da formação do AT, ou necessárias ao seu manejo clínico, aspecto que nos leva a refletir sobre a formação do acompanhante terapêutico.

De um saber leigo, com capacidade intuitiva para lidar com situações inesperadas e carisma para aproximação social, que buscava simetria na relação com o paciente

(Palombini, 2007), revelou-se o seu potencial terapêutico. Entretanto, a premissa de que o atendente fosse leigo e que estabelecesse uma relação simétrica, reforçava a centralização do saber psiquiátrico (Palombini, 2007, p.128). A consolidação do nome Acompanhamento Terapêutico a partir dos anos 1980 enfatizou a sua qualidade terapêutica própria, o desenvolvimento de um repertório teórico específico ao AT proporcionou maior autonomia na condução clínica dos casos. Diante dessa mudança, Hermann (2008) destaca que a relação entre acompanhante e acompanhado é assimétrica: “há alguém que sofre (paciente) e alguém que oferece tratamento (acompanhante)” (p.20), e isso diferencia o AT de um fazer de senso comum.

A aproximação do AT com a ética psicanalítica se deu, inicialmente, através do discurso dos psiquiatras e psicanalistas presentes nas comunidades terapêuticas. Seguiu-se no reconhecimento do AT como estágio-formação aos estudantes psis, e se consolidou como ferramenta que atribui sentido à prática e ao seu direcionamento clínico, contribuindo a um novo modo de pensar a clínica das psicoses (Palombini 2007; Ribeiro, 2002). Vale destacar que a psicanálise não é a única sustentação epistemológica desse fazer, mas é o recorte que nos instiga a escuta nesta pesquisa.

Diante da não incorporação do Acompanhamento Terapêutico (AT) às políticas públicas de saúde mental no Brasil de forma geral, embora mencionado em relatórios finais das Conferências de Saúde Mental, essa prática manteve-se na RAPS de modo complementar, a depender de iniciativas territoriais e sociopolíticas, estando majoritariamente vinculada a projetos e ações de extensão universitária. A conjunção entre AT, saúde mental e atenção psicossocial, psicanálise e espaços de formação clínica/universitária seguiu em iniciativas como o AT na Rede da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o Giramundo - Oficinas e redes e Saúde Mental, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; o Projeto de Extensão Acompanhamento Terapêutico na RAPS, da Universidade Federal de Uberlândia; e, por fim, o projeto Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade, da Universidade Federal de Santa Catarina, local em que essa pesquisa foi realizada.

Trata-se de um espaço que nos possibilita escutar esse dispositivo e suas possíveis configurações, as reverberações na rede local, na formação universitária. Os projetos de extensão, além de estabelecerem outro ponto de sustentação de cuidado na rede, promovem a formação de acompanhantes terapêuticos vinculados à ética psicossocial e antimanicomial. Olharemos agora para o encontro entre AT e extensão universitária.

5. O Acompanhamento Terapêutico através da extensão universitária

Na ausência da implementação nacional do Acompanhamento Terapêutico (AT) nas políticas públicas de saúde mental, outro espaço se abre para a potência desse dispositivo, levantando questões que compuseram o percurso desta pesquisa. O que é possível no AT através da universidade? Quais os desdobramentos do encontro entre o AT, a universidade, a formação universitária e os serviços de saúde? Sendo o AT um fazer híbrido que não se limita a uma única área de saber, quais contornos ganha por meio da formação em Psicologia? E de que forma essa configuração reverbera na experiência clínica do AT?

O Acompanhamento Terapêutico através da formação em Psicologia e da extensão universitária constituiu a porta de entrada para esta pesquisa, e desvelou-se em uma prática ético-política que se constitui e ganha contornos singulares na relação com a formação universitária. A relação entre o AT e a formação universitária remonta às primeiras sistematizações dessa prática; o AT configurava uma oportunidade de aprendizagem na atenção à saúde mental, em especial nos estágios acadêmicos de cursos como Psicologia, Medicina e Enfermagem (Palombini, 2007; Reis Neto, 1995; Sereno, 2018).

Frequentemente o acompanhante terapêutico era um “estudante de psicologia e áreas afins [...] a atuação como AT acontecia enquanto o estudante não estivesse formado ou enquanto o consultório ainda não estivesse consolidado” (Metzger, 2021, p. 40), e o seu exercício proporcionava, através de uma formação prática, experiência clínica àqueles que nela iniciavam. Reis Neto (1995) enfatiza esse aspecto, reconhecendo que atuar como atendente passou a ocupar um espaço intermediário, uma “ótima escola” (p. 4) para psicanalistas e psiquiatras em formação.

Nesta pesquisa, o AT se deu por meio da extensão universitária de um curso de graduação em Psicologia, portanto, para darmos seguimento a essas reflexões, é necessário que retomemos brevemente alguns aspectos da história da Psicologia enquanto formação e do estágio curricular, porque estes ilustram a base formativa do AT a partir deste recorte: at-estudante-extensionista no curso de psicologia.

5.1 Base formativa do at graduando em psicologia

A psicologia enquanto profissão foi regulamentada no Brasil pela Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que regulamentou a profissão de psicólogo e instituiu os seus Cursos de formação (Brasil, 1962). Nos seus primeiros anos, a formação esteve marcada por uma ênfase

clínica tradicional, inspirada em referenciais e realidades eurocêntricas e pouco conectadas à realidade social e cultural brasileira. Ou seja, a psicologia ainda era sustentada por uma produção de saberes externa, desconectada do contexto brasileiro e latino-americano e voltada a uma parcela restrita da população (Pereira & Pereira Neto, 2003).

Entre os anos de 1970 à 1990, época de ebulição dos movimentos sociais e políticos pela redemocratização do país, uma expansão significativa dos cursos de graduação aconteceu, ao mesmo tempo em que cresceram as críticas ao caráter elitizado e disciplinar da Psicologia (Bock, 2009). O modelo de uma psicologia elitizada e voltada ao ajustamento das pessoas movimentou críticas significativas à profissão, desencadeando movimentos também dentro da Psicologia. É nesse cenário que emerge o protagonismo do Conselho Federal de Psicologia (CFP), instituindo diretrizes que vinculam a formação e o exercício profissional a um compromisso ético com a realidade social, reconhecendo a diversidade dos contextos de atuação que se evidenciam naquele momento histórico e político do país (Cury & Ferreira Neto, 2014).

Ainda nesse cenário de transformações, o estágio curricular supervisionado passou a compor o último ciclo da formação do psicólogo, instituído pela Lei Federal nº 5692/71. O estágio passou a ser considerado uma experiência de aprendizagem social, profissional e cultural, possibilitada pela inserção do estudante no cotidiano de diversos serviços voltados às populações (Cury & Ferreira Neto, 2014). Mais tarde, também através do fortalecimento dos conselhos regionais e federais, esse redirecionamento se desdobrou em uma reestruturação curricular, que trouxe consigo o aumento e a redistribuição da carga horária dos estágios ao longo de todo o processo formativo, e não mais apenas na sua etapa final.

A nova configuração ampliou e diversificou também os campos de atuação, organizados em níveis gradativos de complexidade e aproximando-se mais das políticas públicas (Cury & Ferreira Neto, 2014). O momento marcou na profissão a ênfase na consciência política de cidadania e no compromisso com a realidade social do país, o incentivo à produção de pesquisas científicas nacionais e o redirecionamento dos currículos de formação, além de fortalecer os alicerces sociais e políticos da Psicologia enquanto profissão e enquanto processo formativo.

Em 2004, tivemos a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004, e atualizada pela Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023 (Brasil, 2004; 2023), que instituiu a base para uma formação

comprometida com a realidade social e para o fortalecimento da Psicologia Brasileira (Cury & Ferreira Neto, 2014).

A primeira DCN trouxe nas competências esperadas do egresso, o futuro psicólogo, prerrogativas que proporcionam abertura à atuação com o AT, como a expansão dos espaços de atuação; o cuidado na escuta das questões do contemporâneo e da cultura; a atuação voltada a processos que envolvem desde a promoção da qualidade de vida até o enfrentamento de problemas psicossociais complexos; a atuação em equipes multiprofissionais; além da produção de conhecimento científico a partir da prática profissional (Brasil, 2004). O artigo 9º define, nas habilidades específicas do profissional, a realização de entrevistas psicológicas em diferentes contextos, proporcionando abertura a uma atuação itinerante. O direcionamento proposto aponta para uma Psicologia itinerante, voltada ao cuidado em território e comprometida com o contexto sociopolítico de atuação, aspectos que vão ao encontro do AT.

O documento estabelece um desenvolvimento do estudante por área de atuação, as ênfases curriculares, com áreas específicas como Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde, e a área de Psicologia e processos clínicos. Nas definições das citadas ênfases, destaca-se o desenvolvimento de competências para ações de promoção e proteção à saúde, a nível individual e coletivo, que são necessárias à atuação clínica, incluindo psicodiagnóstico, aconselhamento, psicoterapia e outras estratégias de cuidado (Brasil, 2004). As ênfases e competências citadas são compatíveis às do curso de graduação em Psicologia em que esta pesquisa esteve inserida, revelando o percurso de formação dos estudantes-ats ao longo da graduação.

Essa DCN também estabelece que o projeto pedagógico dos cursos deve promover a criação de um Serviço de Psicologia, que atenda tanto às exigências formativas do estudante quanto às demandas da comunidade em que a instituição está inserida, consolidando o vínculo entre ensino, prática profissional e compromisso social (Brasil, 2004), aspecto também presente na configuração do projeto de extensão pesquisado nesta dissertação. As DCNs que se seguiram trouxeram propostas semelhantes, sem alterações que mudassem o compromisso com a abertura de práticas que se voltassem ao sujeito, ao social e às políticas públicas de saúde.

A DCN de 2023 reitera o compromisso com “a construção de uma sociedade democrática, soberana e socialmente justa, tendo em vista a promoção da cidadania, da saúde, da dignidade humana e da qualidade de vida de indivíduos, grupos, organizações e

comunidades;” (Brasil, 2023). Ou seja, o compromisso afirmado nos leva à percepção de que na formação em psicologia há um fundamento que sustenta o desenvolvimento do estudante para o cuidado em saúde mental em liberdade, entre tantos outros aspectos dos direitos humanos e da cidadania

A extensão universitária, compondo o processo formativo do estudante, fortalece o aspecto citado através do encontro entre o ensino, e a pesquisa, e o compromisso social. Regulamentada pela Política Nacional de Extensão Universitária (FORPROEX, 2012) e reforçada pela Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, do Ministério da Educação, a extensão é definida como “um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político, que promove a interação transformadora entre universidade e sociedade” (FORPROEX, 2012, p. 15). Para além da formação técnica do estudante, a extensão preserva como eixo central a transformação social, entendida como resultado de uma relação dialógica entre a comunidade acadêmica e os demais setores sociais.

A extensão universitária propicia um espaço de interlocução entre a universidade, os serviços de saúde e as necessidades do território, contexto no qual o AT se concretiza como prática formativa. Marsillac et al. (2018), Metzger (2021) e Sereno (2018) enfatizam que essa interlocução proporciona uma experiência de aprendizagem ética, política e clínica. Esse processo ocorre porque, no encontro com o território, emergem situações complexas e inusitadas que apontam para a invenção como caminho estético inerente à clínica do AT, o que impulsiona o desenvolvimento do estudante (Marsillac et al., 2022).

O encontro entre a prática do AT e a extensão universitária, possibilita uma formação crítica e socialmente engajada, que contemple ao estudante o aprendizado sobre a saúde pública, a clínica psicossocial, a educação, a assistência social e a cultura. A incorporação dos estágios curriculares obrigatórios e da extensão universitária enfatiza a indissociabilidade entre formação universitária e atuação profissional comprometida com a realidade social e territorial. Esse entrelaçamento fortalece um percurso formativo orientado pela leitura do contexto social brasileiro, reiterando a importância de um posicionamento ético na atuação profissional.

Desse modo, a formação em Psicologia e os profissionais em formação fortalecem-se por meio do constante diálogo com a cultura e a sociedade. Dimenstein (2011) aponta que esse reposicionamento exige que a universidade prepare profissionais capazes de articular clínica e política, promovendo o cuidado em saúde mental de forma integrada e territorializada. Ferreira Neto (2011), por sua vez, observa que uma formação crítica em

Psicologia deve contemplar o contato com a diversidade de gênero, raça, classe e território, reconhecendo que a prática psicológica só se sustenta se estiver atenta à pluralidade cultural e às desigualdades sociais. A formação que leva o estudante ao território, portanto, contribui para a existência de profissionais da Psicologia comprometidos com as diversas realidades sociais e culturais, com a pluralidade, e com a defesa dos direitos humanos.

Desse modo, a conjunção entre AT e extensão universitária possibilita que o estudante vivencie a atuação em saúde mental como um processo situado, imerso em redes institucionais e sociais, e não como ação isolada. O AT através da extensão fortalece a formação profissional, favorece uma atuação ética e política, ao tempo em que contribui para o fortalecimento das políticas públicas na interlocução entre agentes da universidade e serviços de saúde. Assim, o AT em extensão assume para o estudante um dispositivo de formação, e caminha também ao encontro do fortalecimento de um paradigma psicossocial no curso da Reforma Psiquiátrica.

O AT inserido na Extensão Universitária contribui para a formação profissional do estudante e, também, evidencia o potencial da universidade como agente transformador, capaz de produzir mudanças sociais a partir de práticas clínicas e educativas que dialogam com a complexidade de cada território. Possibilita um lugar privilegiado de aprendizado, ao tempo em que também proporciona uma qualificação da assistência nas políticas públicas, afirmação que será desdobrada nos próximos tópicos desta pesquisa.

Por meio da extensão universitária em Psicologia, o AT ganha uma tonalidade, uma sonoridade singular, que potencializa o aspecto político e clínico desse dispositivo de cuidado. A formação em Psicologia promove uma base curricular política e social, que fortalece ao estudante-at o compromisso com os direitos humanos, a defesa pela cidadania, bem como o desenvolvimento de uma escuta para a clínica do sujeito. Fortalece também o compromisso com a defesa do SUS, da reforma psiquiátrica, do cuidado em liberdade, além de potencializar a escuta aos aspectos políticos e sociais que contribuem para o agravamento do adoecimento psíquico das populações. A partir dessa formação, os estudantes trazem nuances que potencializam o fazer AT.

Por meio da extensão, torna-se possível um AT com respaldo ético, orientação teórico-prática e supervisão local, condições fundamentais para o desenvolvimento profissional dos psicólogos e acompanhantes terapêuticos.

5.2 A supervisão como eixo formativo

O livro “Acompanhamento Terapêutico, Universidade e Políticas Públicas: Redes de conversações”, organizado por Analice Palombini, Vera Pasini, Ana Brondani, Sandra Guerra e Daniel Ecker (2019), apresenta o AT por meio de projetos universitários em Cursos de graduação em Psicologia. No livro, participaram os projetos AT na Rede, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); o programa de estágio profissionalizante, projeto de extensão, grupo de estudos e projeto de pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Comunitária de Santiago, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões (URI); e Giramundo: Oficinas e redes em saúde mental, como um serviço da Clínica Psicológica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

Conhecer a experiência de outros projetos universitários que desenvolvem o AT na formação acadêmica, a partir da articulação com as redes de atenção, nos permite reconhecer as particularidades do AT enquanto dispositivo clínico-político através do recorte proposto na pesquisa desta dissertação. O livro apresenta o AT enquanto uma ferramenta de formação, mas que se volta também às políticas públicas. Reconhece o AT “como dispositivo clínico-político a operar ao mesmo tempo como ferramenta de formação, de atenção e como analisador dos processos da reforma psiquiátrica” (Palombini et al, p. 10, 2019). Na obra, os projetos compartilham de suas realidades por meio de relatos de casos e de experiências, através das interfaces no encontro entre a universidade e as políticas públicas da atenção psicossocial.

Destacam-se também alguns pontos em comum nas experiências de AT realizadas em rede através das extensões universitárias. Segundo a autora Palombini (2019), os projetos de extensão compartilham alguns princípios fundamentais, como: (1) sustentar a escuta singular dos sujeitos, sujeitos de direito e de desejo, através de uma clínica intrinsecamente ligada também ao seu aspecto político; (2) a busca por tecer o trabalho em rede; (3) sustentar o tempo, o tempo do sujeito, das articulações, e o ritmo próprio de cada encontro; e (4) “fazer-se continente dos efeitos dessa travessia, seja no corpo do acompanhante, seja no coletivo dos grupos de AT, onde circulam palavras e afetos” (p. 81–82). A esse último tópico, destaca-se a importância da supervisão, discussão que ganhará espaço nesta seção.

Ainda que os projetos de extensão partilhem desses pontos em comum, a estrutura de cada um se dará de forma singular, enlaçada ao seu território, à cultura local, à rede de

serviços e às demandas que ali se produzem. Outra característica singular a cada projeto se dá pela sua sustentação epistemológica, pela escolha de um caminho teórico e metodológico que sustenta o dispositivo e as intervenções clínicas, aspecto esse que não é universal. Quanto a isso, os projetos apresentados no livro relatam o diálogo com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, a clínica ampliada no SUS, a psicanálise e a esquizoanálise.

No projeto de extensão em que a pesquisa desta dissertação foi realizada, a sustentação teórico-metodológica acontece a partir da perspectiva psicanalítica, da reforma psiquiátrica, do cuidado em liberdade, e da clínica ampliada. Parte da interlocução entre a universidade, o AT sustentado pela psicanálise, e um CAPS II do município. Nesse projeto de extensão há também supervisões semanais, que ocorrem no espaço da universidade. Nos encontros reúnem-se aproximadamente 8 acompanhantes terapêuticos (ats), 2 professores supervisores e 2 alunos da pós-graduação vinculados ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, área de Psicologia Social e Cultura, da linha de pesquisa de Psicanálise, Política e Cultura. Em cada grupo de supervisão, são supervisionados cerca de três casos, o que permite que cada caso acompanhado pelo projeto seja supervisionado em grupo aproximadamente duas vezes ao mês. Os professores também disponibilizam aos ats supervisões individuais, quando necessário.

As supervisões funcionam como eixo estruturante do projeto, na medida em que este opera como um espaço de encontro para ensino e aprendizado através das discussões de casos, elaborações, trocas coletivas, e acolhimento das afetações que atravessam os ats no percurso de acompanhar. O espaço promove uma sustentação coletiva à prática do AT, à escuta clínica e ao aspecto estético-inventivo que constituem os encontros entre acompanhante e acompanhado. O projeto se organiza institucionalmente em torno das supervisões, mas é em campo que se revelam os efeitos dessa sustentação.

Em campo, o at vai ao encontro do sujeito, do seu território, dos estímulos vivos da cidade, e não raro encontra-se com histórias complexas, realidades de negligências, violências, privações e vulnerabilidades. A supervisão proporciona uma sustentação conjunta da densidade dos afetos que se apresentam nesse encontro, promove condições para que instrumentalize o seu trabalho. Sustenta o AT não somente enquanto dispositivo, mas enquanto função, inscrevendo uma leitura e uma condução clínica para as histórias acompanhadas. É nesse entrelaçamento entre prática clínica e espaço de supervisão que o AT se consolida como um dispositivo clínico, político e de formação. Resgato um registro do diário de campo para refletirmos a respeito:

“No início da supervisão, Cristina apresenta uma urgência por falar, pergunta ao grupo se naquele encontro poderia supervisionar o caso de Dom, pois está muito preocupada com a sua saúde. Informa que Dom está com dengue, e que a enviou por WhatsApp muitas fotos do termômetro, indicando que está com febre. A at preocupa-se, apresenta-se aflita, angustiada. Em sua narrativa, apresenta-se imersa numa posição de quem precisaria cuidá-lo, mas não entende de que forma. A decisão por trazer isso para a supervisão ressalta a sustentação coletiva da condução clínica.

A supervisora olha/escuta para essa montagem, para os efeitos no corpo e no discurso da at, acolhe essa angústia e, pelas bordas, resgata os outros agentes presentes da rede de cuidados de Dom. Relembra com a at dos demais agentes que estão presentes na rede de cuidados de Dom, e a conduz a refletir sobre uma interlocução multiprofissional. Nessa intervenção, ressalta que Dom também está sob cuidados/olhares de outros interlocutores, retirando a at de um lugar de responsabilidade exclusiva, “ele está num lar que também tem pessoas que cuidam dele” (sic), e aponta a articulação desses agentes como uma possível condução do cuidado. Nessa intervenção da supervisora, se fortalece a articulação com as equipes da rede (CAPS, UBS), porque é em rede que o cuidado se torna possível. Através dela, a at pode pensar sobre quais articulações poderia tecer, e as realizou nos encontros que se seguiram.

A partir daí, abre-se espaço para uma reflexão da condução clínica com Dom. Das fotos como endereçamento da sua experiência, e da aposta no testemunho e na transferência. O endereçamento de Dom não é tomado de início pela at como uma aposta no testemunho e na articulação de rede, mas como um pedido de resolução da sua condição de saúde.

A supervisora e o grupo reconhecem com a at que ele a endereça sua vivência, e reflete a sua dimensão de testemunho, reconhecendo que há ali uma transferência em curso. Penso agora sobre a importância do grupo de supervisão na formação do at, para que não se tome as narrativas em primeira pessoa, que não se corra para a posição de herói, até porque essa é uma posição que tira do sujeito o seu protagonismo e o at de uma posição clínica. Penso sobre o que é estar no lugar de amor nas primeiras experiências clínicas, lembro de mim, dos meus primeiros

casos clínicos... a supervisão me resgatava de um lugar de imersão que às vezes me tirava a escuta, que me tirava também a possibilidade de uma condução. Estar advertido disso também instrumentaliza o trabalho através da transferência. Através da supervisão se torna possível escutar de novo, identificar o que o sujeito endereça. Na supervisão os at's aprendem, aprendem a escutar, a ser psicólogo, a articular rede, aprendem sobre o AT." (Diário de experiência, 04 de abril de 2024)

A urgência por falar e a preocupação de Cristina com a saúde de Dom apontam para a experiência da at diante da escuta do sofrimento físico e subjetivo do acompanhado, bem como aponta para um fenômeno comum, o da imersão em uma posição de quem "*precisaria cuidá-lo, mas não entende de que forma*" (Registro do diário de campo, 04/04/24). O corpo do at sente o atravessamento da realidade do acompanhado, através do testemunho das experiências e precariedades vivenciadas (Pasini, 2019).

Nesse sentido, a supervisão em grupo se revela um espaço fundamental. Nela, os ats partilham das suas indagações, dos afetos desencadeados pelo AT, reelaboram impasses, e reinscrevem sua escuta, reposicionando-se diante das complexidades que emergem no percurso de acompanhar, algo que se tornou possível à at por meio da escuta e da intervenção da supervisora e dos demais colegas presentes na supervisão. A escuta da supervisora sobre a dimensão do testemunho que apareceu em transferência permitiu o deslocamento da posição então ocupada pela at, para a de articulação de rede e aposta na condução clínica através do manejo da transferência. A supervisão atua como continente aos efeitos da transferência, possibilitando que se possa pensar um sujeito de desejo e de direitos, retomando a condução clínica e a articulação da rede como caminhos de cuidado.

Essa prática se constrói na fronteira entre a singularidade da clínica e a dimensão coletiva da rede (Palombini, 2019). Palombini (2019) ressalta: "sem a garantia desse espaço, é impossível sustentar no corpo toda a vertigem que a experiência de acompanhar a loucura pelos confins do mundo provoca" (p. 88), ao tempo que reconhece na tessitura dessa rede um norteador que acompanhará sempre o trabalho do at. Através desse reconhecimento se reitera que o at não trabalha sozinho.

A costura de rede, a articulação das políticas públicas e a responsabilização do estado pela garantia dos direitos fundamentais proporcionam um caminho indissociável à construção dessa clínica. Essa articulação opera também em uma "tentativa de minimizar o sentimento de solidão e de excesso vivenciado pelos envolvidos com o cuidado dos casos." (Palombini et

al, 2019, p. 12). A intervenção da supervisora proporcionou a construção desse olhar em rede que sustenta um cuidado compartilhado.

Ao escutar o sintoma endereçado à at através da dimensão do testemunho e resgatar os demais componentes da rede de cuidados de Dom, o AT foi fundamentado enquanto prática clínica e política, clínica pois escutou-se o estabelecimento da transferência clínica e a dimensão subjetiva do endereçamento do acompanhado à acompanhante, e política através da articulação dos demais pontos da rede de cuidado.

Metzger (2021) também reconhece a importância da supervisão e do espaço grupal. A autora destaca o espaço da supervisão como uma possibilidade de articulação entre teoria e clínica, em que o universal dos conceitos dialoga com o particular da escuta do sujeito. Esse movimento sustentado pela ética da psicanálise, reinscreve a prática em um campo ético-clínico, em que a supervisão não apenas orienta, mas sustenta a função de escuta implicada no desejo do analista (Metzger, 2021; Hermann, 2008). O dispositivo grupal, o acolhimento entre os ats e a troca entre pares exercem uma função formativa, sustentar as inquietações e impasses que decorrem da experiência do AT, e proporcionando também a abertura ao não saber, o que convoca o at a seguir implicado em sua formação (Metzger, 2021).

Ao partilhar os casos, inscreve-se novamente a escuta, torna-se possível a abertura aos horizontes clínicos, ensaiam-se invenções inerentes à clínica do inesperado e aprende-se a habilidade primordial de promover a articulação de redes. Através da supervisão, possibilita-se a abertura para a invenção enquanto caminho, que permite ao at o desenvolvimento de um fazer clínico articulado com os demais pontos de atenção (Marsillac et al., 2022). Assim, criam-se outras possibilidades e caminhos de cuidado, comprometido com a realidade social e com o cuidado em liberdade, aspectos cruciais na atuação do acompanhante terapêutico (Marsillac et al., 2022; Palombini, 2007).

5.3 Fronteiras entre a extensão universitária e a rede

Ao longo da pesquisa, tivemos um período de greve das universidades federais, que levantou reflexões a respeito do aspecto político e social que compõe a formação universitária, a formação do acompanhante terapêutico nesse contexto, e o impacto das paralisações no serviço prestado à comunidade.

A greve de 2024 nas universidades federais consistiu em um movimento nacional pela educação pública no Brasil. Foi iniciada pelos técnicos administrativos e seguida por

docentes e estudantes. Essa articulação nacional denunciava um projeto de desmonte das universidades públicas, que podia ser observado por meio das condições precárias de trabalho e ensino, estruturas dos campus, salários defasados, e cortes orçamentários. Denunciava também as desigualdades sociais e regionais que permeiam o acesso ao ensino superior no Brasil, reivindicando o fortalecimento de políticas de permanência estudantil.

Na UFSC houve grande mobilização dos estudantes; o curso de Psicologia se organizou através de coletivos e assembleias, rodas de conversa com temáticas como acessibilidade, o estado da infraestrutura do campus, condições de estudo, moradia estudantil e condições de realização dos estágios. O objetivo dessas ações era viabilizar o debate e a reivindicação de condições de acesso e de permanência na universidade. O episódio da greve fortaleceu a movimentação política e social entre os estudantes, e aproximou diferentes agentes que compõem esse espaço de formação. Defendeu a universidade como um bem público e direito social, resistindo a políticas de austeridade, privatizações indiretas e à fragilização da autonomia universitária.

Em decorrência da greve, houve também paralisações nas clínicas-escola, nos projetos de extensão e nos atendimentos à comunidade, o que convocou o projeto do AT para esse debate. Diante do impasse de paralisar ou não, evidenciaram-se alguns atravessamentos que constituem o AT e o at a partir da universidade: A relação da extensão universitária com a Rede; O impasse entre o compromisso com a universidade, com a Rede e com os sujeitos acompanhados; A formação política do estudante-acompanhante e a sua relação com o dispositivo AT.

Resgato um registro do diário de campo:

“Assim que a greve foi decretada, houve um grupo de supervisão diferente dos que vinham ocorrendo durante o andamento da pesquisa. No trajeto para a supervisão, havia portões obstruídos, repletos de pessoas, cartazes e sons, que comunicavam o momento vivido na universidade. Mesmo com as atividades do calendário paralisadas, era grande a movimentação política no campus. O grupo de supervisão precisou ser realizado em um local diferente, pois a Clínica Escola onde ocorriam as reuniões estava fechada.

Todos os participantes se faziam presentes. Iniciada a supervisão, a primeira pauta tratada foi sobre o reconhecimento da greve, as ações movimentadas pelas categorias

de professores e estudantes, a paralisação das atividades da clínica-escola e o seu impacto nas atividades do projeto.

Diante do impasse, os estudantes se entreolham, atentos, reflexivos, era audível a tensão no ambiente. Todas essas camadas do fenômeno da greve chegam aos estudantes como um choque entre posições: posição de estudante, de militância, e agora de acompanhante terapêutico, devir psicólogo, inserido já em um serviço da rede. Parece que isso inaugura uma questão: Como sustentar um compromisso ético que articule essas posições e agentes? Uma das estudantes presentes é parte do Centro Acadêmico, e inicia o diálogo trazendo notícias do que tem sido feito durante as paralisações.

Os estudantes-ats refletem sobre a função/papel do estagiário nos campos de atuação, e questionam a diferença entre a presença dos estagiários nos serviços como espaço de formação e aprendizado, e de ocupar um lugar de cobertura das lacunas do serviço prestado pelo Estado. A reflexão se volta para o papel que os estagiários ocupam nos serviços, sobre os impasses da paralisação e sobre o cuidado em não configurar a relação do estágio e extensão como uma força de trabalho.” (Diário de Experiência, 16 de maio de 2024)

Os professores supervisores refletiram sobre as responsabilidades do projeto e recordaram que, para além do compromisso com a universidade, o projeto se compromete também com a Rede e, sobretudo, com os usuários acompanhados. Junto com os ats, os professores refletiram sobre o que acarretaria nesses agentes a paralisação das atividades da extensão. Existia também um cuidado em, no reconhecimento desse compromisso, não deixar de fora o compromisso político com a universidade, pois é a partir dela que isso se torna possível.

Havia ali muito mais de um em cada pessoa presente, proporcionando densidade na invenção de como passar por esse momento. O desafio consistia na sustentação de um compromisso ético que se voltasse a todas essas instâncias envolvidas: a universidade, o usuário, e a rede, pautadas pela greve de três segmentos. Para elaborar isso, foi necessário mais de um encontro; nas supervisões seguintes os primeiros 30 minutos eram direcionados a essa discussão.

Não houve consenso entre todos os cursos da universidade, quicá da área da saúde, mas nas supervisões os ats e supervisores decidiram por manter as atividades do projeto e os

acompanhamentos, entendendo que se tratava de um serviço essencial; e como alternativa ao comprometimento político diante da greve, levaram para a cidade notícias do que acontecia na universidade.

Durante esse posicionamento, foi possível sentir com muita nitidez a potência dos estudantes diante do compromisso político e comunitário, que se desenvolve na formação e se expande aos demais espaços da cidadania e de atuação, como à cidade, à rede e aos sujeitos acompanhados. Esse recorte também revelou a complexidade do AT na extensão universitária e do at enquanto identidade e enquanto formação política, especialmente através da interlocução AT-Universidade-Rede.

Nesse contexto, os ats, graduandos em Psicologia, firmam-se em uma ética que os constitui, que compõe a sua escuta. Esse aspecto se torna um dos pilares que possibilitam, posteriormente, a escuta do sofrimento sociopolítico no laço social, bem como o compromisso diante do cuidado em liberdade. Trata-se de uma formação que atravessa e constitui a escuta e a atuação dos ats; uma implicação política inerente ao exercício do AT, indissociável dos atravessamentos sociais que constituem o percurso vivencial do at. São traços da formação do acompanhante terapêutico no espaço da universidade.

Nas discussões, os estudantes também refletiram sobre o papel atribuído ao estágio e à extensão no encontro com as políticas públicas. Em alguma medida, a presença dos estagiários modifica a rotina do serviço e das equipes, pois eles desenvolvem grupos, oficinas e realizam também o acompanhamento de alguns usuários, aspecto ligado ao seu gradativo desenvolvimento profissional. Entretanto, os ats reconhecem em supervisão que compõem os serviços como uma qualificação da assistência, não substituindo as responsabilidades concernentes aos serviços e às equipes locais.

Nesse sentido, Metzger (2021) ressalta que “A presença do at não deve servir para supostamente completar uma insuficiência institucional. Trata-se de um acréscimo ao tratamento, de um novo profissional que compõe com as equipes ...” (p. 61), portanto, ainda que a ausência do AT no contexto de greve seja percebida, isso implica na comunicação de uma mensagem, aquilo que se diz através da ausência. O posicionamento também demarca o reconhecimento das lacunas presentes nos serviços de saúde, mas distancia o tamponamento como um destino a ser tomado diante delas.

Os ats levaram a problemática para ser pensada junto da equipe do CAPS e dos acompanhados, que apoiaram o movimento político da universidade. Os supervisores locais reconheceram a importância do movimento da greve diante do sucateamento da educação

pública e das condições de formação, uma problemática que atravessa também o serviço público, o SUS e as condições de trabalho dos servidores. Propuseram então algumas rodas de conversa a respeito do tema, que aconteceram nos espaços do CAPS.

O AT através da formação universitária carrega consigo traços de uma tonalidade política de formação, que se reverbera por meio do at em campo. Reflito sobre esse corpo político que se movimenta não só no AT, mas no mundo. O at sustenta uma posição, tensiona caminhos, abre novas vias, resiste às respostas protocolares e encontra na invenção uma companheira de trajeto. Corpo estudante é também corpo político, de uma forma transversal, de modo que não se desassocia dos demais aspectos da vida e, portanto, deixa marcas no fazer-AT.

No próximo capítulo, abordamos o AT no âmbito do projeto de extensão e sua interlocução com os demais pontos da Rede.

6. O AT e a Rede

O projeto de extensão e o estágio necessitam do campo para facilitar a formação do estudante, seja pela aproximação com a prática profissional em ato, ou pelo enfrentamento de desafios concreto, que se viabilizam junto a uma prática supervisionada. Por meio da vivência do cotidiano, o campo proporciona a tradução de uma série de legislações e normativas em ações concretas e observáveis, em contato com a concretização das políticas públicas do SUS. Isso ocorre através da vivência na organização do equipamento (CAPS), junto da atuação da equipe e do contato com os usuários. A vivência em campo proporciona ao estudante a materialização de temáticas e conceitos estudados e o desenvolvimento de repertórios profissionais, seja por meio das observações ou pelo exercício de algumas práticas, como grupos, oficinas e acolhimentos.

Ao equipamento, a possibilidade de contribuir para a formação dos estudantes-estagiários é acompanhada da possibilidade de qualificar a assistência aos usuários, na medida em que multiplica a ação do profissional supervisor por meio das práticas desenvolvidas pelos estudantes-estagiários. Há nesses dois últimos aspectos uma espécie de retorno ao campo de estágio, pelo processo de aprendizado propiciado, algo que se oferece de forma implícita. Uma espécie de contrapartida aos dois agentes envolvidos, universidade e equipamento do SUS (ensino-serviço).

O projeto precisa então distinguir através da escuta o que as solicitações comunicam, uma espécie de interpretação entre o que é dito e o que é demandado, e como respondê-las. Para isso, deve articular a sua proposição inicial, com a expectativa de um outro serviço. Portanto, se faz necessária uma fundamentação epistemológica a essa clínica, porque se a sua estrutura se defronta com o estabelecimento de critérios dos casos a serem acompanhados, da definição de objetivos iniciais ao acompanhamento, bem como o estabelecimento do seu tempo de duração. São questões que convocam, e que se faz presente nos momentos de articulação entre Projeto de Extensão e CAPS.

6.1 Observações sobre a relação do Projeto de Extensão e a Rede de serviços locais, ou, como chegam os casos:

Partimos da interlocução do projeto de extensão com demais pontos da rede para que o AT aconteça. No projeto da UFSC, os casos acompanhados chegam através de solicitações

vindas, principalmente, do CAPS II do município. A cada início de semestre a equipe do CAPS, representada pelas supervisoras de campo, que são psicólogas de orientação psicanalítica, participa da reunião de supervisão do projeto. Nessa ocasião, a equipe discute os casos já em acompanhamento, pensa os efeitos do AT e sugere novos casos a serem acompanhados.

Os casos sugeridos pela equipe multiprofissional do CAPS, passam por uma triagem inicial, e posteriormente são levados ao Projeto de Extensão. São casos que apresentam uma maior complexidade no Projeto Terapêutico Singular (PTS), dificuldade na adesão às atividades do equipamento, prejuízo no exercício da autonomia e na realização de atividades do dia a dia, rede de apoio fragilizada e isolamento social progressivo, demandando maior suporte de equipe.

O seguinte fragmento do diário de campo se refere a um registro realizado após um desses encontros:

“Durante a reunião, a psicóloga do campo retoma como um norteador ao AT o desenvolvimento de maior autonomia no processo de vida do acompanhado. Junto a essa discussão, pensou-se sobre um dos casos mais antigos acompanhados pelo projeto e pelo CAPS, se havia ainda algo que justificasse esse seguimento. Isso também comunica o que o CAPS espera do AT. Traz isso junto de novas solicitações de casos a serem acompanhados. Percebo que as discussões propostas pelo CAPS, representado pela psicóloga, refletem sobre a função do AT e o direcionamento do caso. Comunicam uma certa expectativa na “evolução” dos casos já em acompanhamento, uma expectativa por mudanças no jeito do acompanhado de funcionar, como atividades que já poderia desenvolver sozinho, saídas de casa e do CAPS para os demais espaços da cidade, ou mesmo nas manias e jeito do acompanhado de se relacionar com as pessoas, que não mudam apesar do AT. Retoma a importância de o acompanhante se comunicar e articular com a equipe de referência do usuário no CAPS, para uma condução em conjunto; a discussão vem de um caso em que a at não estagia no CAPS, mas no SAPSI (serviço de atenção psicológica). Isso me faz pensar que o caminhar-junto não é só at-acompanhado, mas at-acompanhado-equipes da rede, e as dificuldades dessa comunicação quando o estagiário não está vinculado ao CAPS. A psicóloga do CAPS repassa três novos casos, os ats escutam atentos. Após a sua saída, trocam sobre os casos que lhes instigaram o desejo de escuta.” (Diário de Experiência, 04 de abril de 2024)

O fragmento escrito após a reunião nos auxilia a refletir sobre alguns aspectos da relação Extensão-AT-CAPS, que se configuram, apesar de articulados, em diferentes serviços com organizações, legislações e estruturas operacionais que lhes são próprias. O AT não acompanha o sujeito sozinho, no projeto de extensão essa solicitação vem da equipe de referência que já o acompanha no CAPS. Diante dessa contingência, a escuta e o diálogo com os demais agentes da rede de cuidado, como a equipe técnica e a família torna-se essencial ao AT.

Esse diálogo possibilita também a escuta das demais leituras e hipóteses formuladas em equipe, o que contribui para a formulação de um projeto terapêutico singular. Metzger (2021) reconhece que quando se trata do diálogo em equipe multidisciplinar, não se trata de recusar ou simplesmente responder às demandas trazidas pela equipe. Trata-se de inicialmente acolhê-las, escutar o que elas comunicam e com isso, contribuir para a construção de um trabalho em equipe, com um olhar integral, multifacetado, ao cuidado do sujeito acompanhado.

Voltemos a um trecho do registro realizado em Diário de Campo: *“Comunicam uma certa expectativa na “evolução” de casos já em acompanhamento [...]. Traz isso junto de novas solicitações de casos a serem acompanhados.”*. No relato apresentado, a pesquisadora nota um certo tensionamento direcionado à evolução dos casos acompanhados. O trecho nos leva a refletir sobre a expectativa pela resolutividade dos quadros agudos e a absorção das novas demandas. Palombini (2007) indica como uma das direções do AT, a de que para além do sujeito, o AT também escuta a reforma psiquiátrica enquanto processo. Ainda que o fragmento utilizado seja um convite a essa reflexão, ele não objetiva individualizar ou relativizar as práticas de um equipamento em específico, mas refletir sobre as contingências às quais a RAPS está submetida.

Olhar para o que comunica essa demanda nos convoca a pensar sobre a relação entre campo de estágio e universidade, o serviço ofertado e a demanda recebida. O que esse registro pode nos comunicar sobre as condições de funcionamento dos CAPS no Brasil? Ampliamos essa discussão com a retomada das condições de funcionamento dos CAPS desde 2017, a partir dos movimentos que ocorreram na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Um estudo realizado por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), analisa a PNSM no intervalo de 2016 a 2019. No período, a Política sofreu mudanças fundamentais, teve o seu financiamento redirecionado ao modelo hospitalar e grande desinvestimento no modelo de

cuidado em território, aspecto que reverberou diretamente no funcionamento da RAPS e dos CAPS. Ou seja, nesse intervalo, houve uma mudança estrutural de rumo nas diretrizes que sustentavam a Reforma Psiquiátrica desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001, promovendo o desmonte do modelo de atenção psicossocial e a retomada de práticas centradas na hospitalização e na lógica manicomial.

Essa mudança estrutural impacta diretamente o funcionamento dos CAPS, a sua capacidade de absorção às novas demandas e as condições de atendimento ao usuário. Quanto a isso, Sereno e Nogueira (2019) refletem que diante do sucateamento das políticas públicas de saúde mental, se sobrepõe uma nova montagem que captura os CAPS a um tempo da urgência. Perante ao grande número de pessoas a serem atendidas, o CAPS se transforma em um serviço de passagem para estabilização, que não mais comporta um acompanhamento no decorrer do tempo, no percurso singular do sujeito, mas se volta ao recorte da crise até as primeiras estabilizações, para assim abrir passagem para os novos casos que chegam.

Desse modo, o estabelecimento de critérios de atendimento compõe uma estratégia de triagem, de um filtro que se fundamenta na classificação de risco para regular o acesso ao serviço. Aspecto muito familiar nas portas de entrada da UE da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, a agudização e a gravidade do quadro configuram critérios de urgência, enquanto a estabilização redireciona o cuidado para outro nível de atenção, frequentemente a Atenção Primária em Saúde (APS).

Sereno e Nogueira (2019) também refletem sobre os desencontros que existem na absorção da RAPS aos sujeitos acompanhados, “o CAPS lhe deu alta.[...] Guto será encaminhado para a psiquiatria da UBS de seu território, que não tem psiquiatra ainda, mas vai chegar. [...] o CAPS disse que Guto está bem [...] eles só trabalham com crise e Guto não está em crise.” (p. 46). Há, portanto, uma realidade que transpassa o relato apresentado pela pesquisadora. A percepção pela urgência na evolução acompanhada da absorção de novos casos diz respeito a uma difícil realidade a qual os CAPS de diversas localidades estão sendo submetidos. O trecho partilhado por Sereno e Nogueira (2019) nos faz refletir sobre uma nova montagem que captura o CAPS, um serviço de passagem para estabilização, que não mais se volta ao acompanhamento do percurso do sujeito, mas apenas ao seu recorte de crise.

No relato, vimos que o projeto precisou tomar uma posição diante dessa realidade, quando questionado o seguimento de um dos casos mais antigos. Sereno e Nogueira (2019) também se questionam sobre o tempo de encerramento de um AT, visto que a temporalidade da clínica e do inconsciente é outra que não a do relógio e do calendário, assim, como escutar

os indícios que marcam o momento de encerrar de um percurso? Ainda que não esteja presente no relato, a decisão foi por seguir o AT, fundamentada em critérios outros que não os da lógica da classificação de risco e da estabilização. Para isso, houve uma retomada do percurso de AT do sujeito acompanhado e dos indícios que revelavam haver ali um percurso clínico em andamento, indícios por vezes sutis, que se tornam difíceis de perceber fora da temporalidade de cada caso clínico.

A presença do AT através da extensão possibilitou que houvesse uma posição outra, de um certo fora da lógica e das condições de funcionamento às quais estão submetidos os serviços das políticas públicas de saúde. E que, justamente por não estar imerso nas amarrações descritas, permite outras movimentações, outros olhares e escutas, possibilitando a sustentação de outras temporalidades e caminhos de cuidado.

Quanto ao perfil dos encaminhamentos aos serviços de AT, Pasini (2019) reflete o momento em que esses encaminhamentos chegam e o que eles comunicam, para além de um novo caso a ser acompanhado. A autora reconhece que o encaminhamento é frequentemente acompanhado de um esgotamento das alternativas usuais dos serviços, e de uma agudização do sofrimento e dos sintomas do sujeito. Chega ao AT como uma última alternativa, para sustentar aquilo que não tem muito espaço no cotidiano dos serviços, e, diante de situações complexas que exigem um investimento de tempo e de implicação, acrescenta-se uma pressão, uma urgência na resolução definitiva de algumas problemáticas, e que não inclui nessa equação a temporalidade que envolve o inconsciente do sujeito acompanhado e dos próprios processos de vida, um cuidado tecido no tempo do sujeito.

Não raro, no trabalho com a clínica das psicoses e com casos graves, os movimentos são sutis. Há um grande percurso até que algumas elaborações, algumas construções psíquicas apareçam como um fenômeno observável, como por exemplo o deslocamento de um sintoma persecutório, um cuidado de si e das atividades de vida diária com mais autonomia, ou a ampliação de relações sociais e de circulação pela cidade.

Trata-se de um trabalho difícil de visualizar enquanto está sendo construído, porque diz de uma outra clínica em que as intervenções e manifestações são sutis, falaremos a esse respeito no capítulo a seguir. Quando algumas mudanças subjetivas acontecem, não parece que teve intervenção clínica ali, parece que aconteceu “naturalmente”, mas é na retomada desses fragmentos, nessa escuta das sutilezas, que se torna possível costurar um percurso clínico e sublinhar ali a movimentação do sujeito. E, portanto, esse consiste em um dos desafios do AT, em estabelecer com a equipe um diálogo que comunique sobre as

particularidades dessa clínica, do percurso de trabalho construído, da leitura do caso e do seu direcionamento clínico, ressaltando a temporalidade atrelada à artesanania do cuidado um-a-um.

Percebemos que há no movimento da reforma psiquiátrica o tensionamento do paradigma psicossocial ante ao modelo psiquiátrico. Isto se apresenta por meio da fragilização das políticas públicas e das condições de funcionamento da Rede, que ainda assim, precisa absorver um número elevado de situações complexas. Essas contingências refletem em uma escassez de tempo para o singular, para a clínica do sujeito, reverberando em serviços mais burocratizados e numa assistência protocolar.

Diante dessas contingências, Sereno (2019) reconhece que, justamente por não estar vinculado institucionalmente aos serviços, o AT mantém uma outra abertura ao tempo do sujeito:

O AT tende a ser o ponto da rede que consegue sustentar esta posição de espera do sujeito (tempo do sujeito) com relação aos demais dispositivos do território. [...] contrariando meu percurso até agora, sempre voltado à inserção do AT na rede pública, começo a pensar que estar fora da rede e não ter que cumprir metas de produção é o que garante esta espera, ou seja, uma vantagem do ponto de vista do sujeito e da clínica! (Sereno, 2019, p. 104–105).

A extensão universitária, ainda que preste serviço à comunidade, tem como ponto de partida a formação acadêmica, zelando pelas condições de ensino e aprendizagem. Tendo uma capacidade máxima de acompanhamento de 8 casos concomitantes, e alguns deles estando vinculados ao projeto há alguns anos, a capacidade semestral de absorção de novos casos se torna baixa, em contraste ao grande número de usuários vinculados ao CAPS do município, muitos deles com critérios ao AT.

Evidenciam-se diferenças fundamentais entre um equipamento do SUS e um serviço de Extensão Universitária: enquanto serviço que funciona com porta aberta na RAPS, o CAPS responde a legislações específicas e sofre pressão constante pela absorção das novas demandas em um contexto de sucateamento das políticas públicas, metas e obrigações legais com a população, o que direciona, muitas vezes, a avaliação da necessidade de acompanhamento pautada em uma lógica de urgência clínica e priorização dos casos mais agudos.

A Extensão Universitária, por sua vez, responde a outros atravessamentos legais, impasses e finalidades, ligados primeiramente à formação acadêmica, para, então, voltar-se ao serviço da Rede. O projeto de extensão é também organizado com suas próprias delimitações conceituais e operacionais. Comporta hoje 8 casos acompanhados, e em cada

grupo de supervisão supervisionam-se cerca de três casos, o que permite que cada caso seja supervisionado pelo grupo aproximadamente duas vezes por mês.

Sereno e Nogueira (2019), quando definem o projeto Giramundo, afirmam: “Somos um microponto numa rede que pretendemos que se estabeleça e que seja tecida. Para que isso aconteça, também disponibilizamos o trabalho de AT na rede pública” (p. 20). As autoras definem essa abertura do projeto como um microponto da rede e a disponibilidade de serviços como uma “parede institucional (quente)” (p. 22).

Tal afirmativa suscita a reflexão de que, ainda que em números o projeto não dê “conta” de uma demanda muito expressiva — em comparação ao que chega como demanda ao CAPS, por exemplo — a existência desse microponto configura uma aposta em outras tessituras e desenhos extrainstitucionais, que possam compor junto uma atenção em saúde mental no território. Trata-se, assim, de uma parede institucional quente que movimenta práticas instituintes e que caminhem na contramão de uma burocratização da assistência. Ou seja, a presença do AT pode movimentar a Rede. Isso inscreve no AT e na universidade uma corresponsabilização pelo processo da reforma psiquiátrica na atualidade e pela promoção do cuidado em saúde mental em liberdade, não centralizando esta como responsabilidade apenas dos CAPS.

A intervenção da supervisora do projeto se direcionou a relembrar o percurso de trabalho desenvolvido com os sujeitos acompanhados, retomando a temporalidade da clínica do sujeito e a sustentação em conjunto com CAPS nesses casos que, de forma longitudinal, demandam de um complexo PTS. Além do fortalecimento do diálogo com o CAPS e da inserção do AT na equipe de cuidado, a comunicação também retoma de que forma o AT contribui para a estabilização do sofrimento psíquico, especialmente nos casos de psicose. Explicita de que forma o seguimento do AT, mesmo na estabilização, possibilita a esses sujeitos seguir sem um nível de sofrimento intensificado, rememorando que é também durante os períodos de estabilidade que se torna possível conduções clínicas que promovam a abertura a outras significações e amarrações narrativas.

Diante de tentativas inesgotáveis de absorção de novos usuários e das duras condições de funcionamento impostas aos CAPS o encontro entre esses diferentes conectivos — CAPS e Projeto de Extensão — aponta para a criação de uma outra saída, inscrevendo uma possibilidade de articulação diferente: A extensão universitária não como um ponto da Rede que responde às mesmas pressões e legislações operantes aos equipamentos das políticas públicas, mas como um ponto de qualificação ou apoio ao CAPS e à RAPS, de modo que,

justamente por entrar como um terceiro, consegue sustentar um outro tempo de olhar e escuta. O AT, nesse formato, preserva nuances do singular ante o universal.

[...] entendendo que se trata de processo, uma permanente negociação entre diferentes pontos de vista, que não é isenta de tensões e contradições, com as quais, porém – ao menos é a aposta que se faz –, é possível construir uma direção comum de trabalho. Essa rede, ela requer a presença do Estado, o investimento em políticas públicas; ela exige equipe, equipamentos, processos de gestão. Mas quem enlaça os seus fios são as pessoas – os trabalhadores, os usuários, suas famílias, a vizinhança, nós. É preciso cuidar dos nós que fazem uma rede. Além daquilo que remete à singularidade de cada caso e aos atores que nele fazem rede, no que diz respeito à Universidade, a nós como docentes na Universidade, a responsabilidade que está colocada, à qual precisamos fazer frente, é a da formação para o exercício profissional junto às políticas públicas (Palombini, 2019, p. 84–85).

O trecho apresentado por Palombini condensa o que de responsabilidade ética concerne tanto à psicanálise quanto à universidade nesse formato de AT. Escutar as contingências, os possíveis conectivos que constroem uma rede, o que se pode enlaçar com cuidado e investimento. E isso não por tratar-se de uma responsabilidade exclusiva do AT, mas porque não há psicanálise sem política e sem laço social, do mesmo modo que também não há Psicologia, especialmente nas universidades públicas, sem o comprometimento com a responsabilidade política e social; isso é, um compromisso diante da reforma psiquiátrica e da formação de profissionais que prezam pelo cuidado em liberdade, em território.

Como tecer territórios antimanicomiais, como tecer redes? Como olhar para o sucateamento das políticas públicas sem responder de um modo neoliberal que individualiza responsabilidades? Esse é um desafio que, hoje, os serviços de AT vinculados a extensões universitárias precisam encarar. O AT escuta com o corpo esses tensionamentos. O que salienta novamente a importância dos grupos de supervisão.

Durante a retomada dos casos já em acompanhamento e da construção de um histórico para os novos acompanhantes, o CAPS destacou um aspecto essencial desse trabalho: *“Retoma a importância do acompanhante se comunicar e articular com a equipe de referência do usuário no CAPS, para uma condução em conjunto [...] Isso me faz pensar que o caminhar junto não é só at-acompanhado, mas at-acompanhado-equipes da rede [...]”* A psicóloga supervisora do CAPS reforçou a importância da articulação constante com a equipe de referência para a condução conjunta dos atendimentos. Isso convoca a esta importante condição do AT: o estar-junto não é apenas entre o at e o acompanhado, envolve também os múltiplos agentes que atuam como elo no processo de cuidado.

Há uma particularidade no que diz respeito a esse aspecto: estar-junto não se trata de uma atividade formal e burocratizada, daquelas que se colocam na agenda. Mas se presentifica nas sutilezas do cotidiano, no compartilhamento dos momentos de cafés, das conversas informais que endereçam reflexões a respeito da atenção psicossocial, do sujeito acompanhado. Estar-junto, de forma orgânica, possibilita a abertura à calorosidade dos afetos, e então, de procedimentos burocratizados, um encaminhamento ganha nome, corpo, tom de voz, confiança, cria-se vínculo. Portanto, se articula a Rede estando junto dela, com presença.

Quando a supervisora do campo salienta a importância do estar-junto, também ensina sobre esse fazer aos ats e estagiários, ensina sobre a clínica psicossocial, sobre como acontece a atuação em políticas públicas, uma interlocução muito importante aos profissionais em formação. Hermann (2008) reconhece essa importância e enfatiza que o acompanhante terapêutico percorre o território do sujeito junto aos seus agentes, através da troca com os familiares, com as pessoas que constituem o cotidiano do sujeito, no diálogo com as equipes, entre os diferentes serviços, assumindo assim um lugar privilegiado de escuta e de articulação.

Sereno (2018) também reconhece esse aspecto, destacando o AT como

um dispositivo ético-clínico-político de intervenção e de articulação, que opera, a partir da transferência e da escuta do sujeito, a construção de laços e de redes de saúde, de promoção de saúde/vida. O acompanhante terapêutico circula pelos mais diferentes espaços do território/cidade, ao mesmo tempo em que se desloca por diferentes lugares transferenciais. Tira proveito do território e da ambiência para oportunizar situações de troca e de oferta de laços sociais, para provocar acontecimentos. (p. 71).

Ou seja, o AT promove a abertura ao diálogo *com* e *entre* esses pontos, fundamental para a consolidação do cuidado em território, da criação de novos laços de afeto e espaços de pertencimento, aspecto que integra a dimensão político desse dispositivo. Hermann (2008) quando olha para essa função, reconhece que o acompanhante terapêutico "sustenta o olhar em rede ao assumir uma posição privilegiada em um caso, pois é ele que circula [...] entre a instituição, a família e o social" (p. 160). Assim, ao acompanhar o percurso do sujeito, o AT escuta também a rede e o território, revelando a dimensão dos seus fios emaranhados, os não ditos, destacando-se como um dispositivo analisador.

O acompanhante empresta-se também como conectivo, e desenvolve a habilidade de costura, aprendida também entre pares, criando oportunidades para o diálogo entre serviços, sustentando a continuidade do cuidado entre diferentes pontos, evitando a fragmentação desse processo. Portanto, sua função não é apenas a de ser um ponto nessa rede, volta-se também à

sua articulação e construção, "enlaçar seus pontos para que a rede necessária ao cuidado integral [...] seja tecida" (Palombini et al., 2019, p. 11). Isso significa que, para além da rede como campo de atuação, o AT também atua ativamente para conectar os diversos elementos que compõem a rede de cuidado, incluindo profissionais de saúde, familiares, vizinhos, outras instituições e elementos do território. Entretanto, vale a advertência de que não se trata de um trabalho linear, retilíneo, mas com impasses, tensões, resistências, cristalizações, encontros e desencontros.

Quando menciona aspectos em comum nos projetos de extensão do AT, Palombini (2019) enfatiza o seguinte: “(2) Buscar tecer o trabalho em rede, por mais ralos que sejam seus fios; forjar as estratégias para vencer a solidão em que os ats muitas vezes são lançados;” (p. 82), ressaltando que a dimensão de agente articulador dentro da Rede apresenta-se como um de seus aspectos fundamentais de atuação. O AT, através da extensão universitária, encontra na rede o seu campo de atuação e sustentação. Ganha trajeto no entrelaçamento com o território do sujeito, com os serviços, a comunidade e a família, compondo assim, em coletivo, um percurso sempre singular.

6.2 Sobre a escuta da Reforma Psiquiátrica, o endereçamento da crise e a articulação de rede

Florianópolis é uma cidade com aproximadamente 600 mil habitantes, situada em um território ilha-continente, cujas delimitações geográficas influenciam diretamente a mobilidade da população e o acesso aos serviços públicos. Conta atualmente com um CAPS II, dois CAPS AD e um CAPS Infantojuvenil. Recentemente, em junho de 2024, foi inaugurado um CAPS III, contudo sob gestão terceirizada. O CAPS III fica localizado em um bairro do Sul da Ilha e possui porta de urgência 24 horas; além de ser um serviço de referência para urgência em saúde mental, consiste também na referência em acompanhamento psicossocial da população residente no Sul da Ilha. Isso reconfigurou a população atendida pelo CAPS II, até então responsável por todo o território de Florianópolis. Essa transição ocorreu concomitantemente ao andamento desta pesquisa de dissertação.

Historicamente, na Grande Florianópolis, há um destino para àqueles que padecem de um sofrimento psíquico grave, em especial quando se dá a irrupção da crise: o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Conhecido popularmente como Hospital Colônia Santana, denominação que ainda hoje é utilizada pelos moradores da Grande Florianópolis, o instituto

foi inaugurado em 1941, sendo estruturado segundo o modelo manicomial dos hospitais colônia, mantendo-se ativo no mesmo prédio, ainda que sob outra nomenclatura, até os dias atuais. Sua emergência funciona em regime de porta aberta, ou seja, as internações não ocorrem via sistema de regulação de leitos estaduais.

Essa porta de entrada é reconhecida, seja pela população desse grande território, ou pelos outros serviços de saúde da rede pública do Estado, como destino imediato diante de situações de crise em saúde mental. Isso configura um grande desafio para a efetivação do cuidado em liberdade, da estabilização de crise em território e da aposta da corresponsabilização dos pontos da rede como sustentação desse cuidado, dificultando a abertura para outras possibilidades de cuidado diante da crise. Analisaremos de que forma isso reverbera na atenção psicossocial desse território, no imaginário social e no cuidado com o sujeito, a partir de alguns fragmentos do Diário de Experiência:

Supervisão de 25/05/2023

Na supervisão, os estudantes compartilharam sobre a experiência da manifestação do Dia da Luta Antimanicomial, que reuniu coletivos, usuários da RAPS e comissões do CRP e da sociedade civil. Esse grupo realizou, junto com outras frentes, um ato em frente ao hospital psiquiátrico estadual da região, o hospital em que na época eu trabalhava. A manifestação iniciou no espaço do jardim e depois tomou alguns espaços internos do hospital.

A notícia desta manifestação chegou até mim por dois caminhos, através dos profissionais do hospital e dos estudantes do projeto de extensão. No hospital, pessoas das equipes comentavam assustadas sobre como os estudantes tinham invadido o hospital, com placas e um personagem vestido de fantasma que dizia “o fantasma do manicômio”. Aqueles funcionários que me relataram o ocorrido sentiam-se pessoalmente ofendidos, pois não se identificavam com o significante Manicomial. Eles diziam que tinham muitas críticas a respeito de como o hospital funcionava, e que diante dos muitos anos lá dentro — alguns há mais de 20 anos —, sentiam-se frustrados pelos anos a fio de reivindicações que, para serem efetivadas, precisam das gestões locais e estaduais. Sentiam-se “voto vencido”, expressão muito usada por eles.

A colega que me contava a respeito, também psicóloga e que ingressou no hospital por um concurso público estadual, disse que se sentia excluída da Rede, que os colegas psicólogos de outros serviços não abriam espaço para o diálogo e para outro tipo de troca que não fosse em tom de acusação. Ela era manicomial, porque estava em uma instituição

manicomial. Já de dentro da instituição não era também reconhecida como par por outros membros das equipes, porque suas ideias eram muito antipsiquiatria.

Senti que havia um ressentimento, de ambos os lados, que propiciou um desgaste na relação desses pontos da Rede, e que minguou o fortalecimento da referência e contrarreferência, inclusive na articulação de estratégias antimanicomiais que se direcionam às gestões, e não somente aos funcionários. Me perguntei sobre como se costura uma rede quando os pontos que a constituem encontram-se tão individualizados, isolados. Na cena com a colega de trabalho e no espaço da supervisão, me vi fazendo um intermédio entre pontos. Pude trazer um pouco da minha experiência, tanto de dentro do hospital quanto dos movimentos que aconteciam na universidade.

Enquanto psicóloga atuante na Rede, compartilhei com os ats sobre como era trabalhar naquele local e pensar a luta antimanicomial mesmo nos espaços mais inóspitos. Compartilhei sobre os tensionamentos que compunham o cotidiano de trabalho e as dificuldades em sustentar, mesmo que de forma molecular e micropolítica, outros discursos de cuidado naquele espaço que se constituiu de forma manicomial. Compartilhei os enfrentamentos que tecíamos em equipe, reconhecendo as fragilidades presentes na instituição e pensando estratégias para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica; estratégias micropolíticas, mas também macropolíticas, como o fortalecimento do programa estadual de educação permanente, que trabalha na capacitação *in loco* dos profissionais do SUS, para a efetivação dos seus princípios e diretrizes. Conteí do sofrimento dos trabalhadores diante da exposição prolongada a um ambiente de trabalho hostil e violento.

Essa troca possibilitou olhar de dentro para fora da instituição, não em sua disposição maciça, murada, mas nas muitas composições que se engendram portões adentro. A partir daí tornou-se possível também pensar em articulações entre AT, CAPS e IPQ, nos episódios em que houve internação de um dos acompanhados, através desses corpos-conectivos dispostos a enlaçar outras articulações de rede, menos formalizadas e burocratizadas e mais disruptivas e instituintes. Configurações estético-políticas que proporcionam o caráter vivo da RAPS.

O caso de Rodrigo e a at Carolina:

Foram três internações seguidas, com pouco tempo fora do hospital. Em um desses momentos, num dia em que se encontrava inquieto, angustiado, Rodrigo foi ao CAPS de forma espontânea e sozinho. Não havia grupo ou consulta marcada, mas

ele foi acolhido pela equipe e convidado a participar das atividades do dia. Após deixar o CAPS, saiu, ainda um pouco desorganizado, caminhando pela Beira-Mar Norte. Carolina relata que, ainda naquele mesmo dia, a equipe recebeu notícias de que ele havia entrado em crise e sido internado.

Carolina faz estágio no CAPS, esse aspecto favorece que atue de forma mais presente com a equipe e nessa costura da rede. Sugeri na supervisão que a at procurasse a psicóloga da unidade hospitalar em que Rodrigo estava internado, para uma discussão de caso. Mediei o contato, avisei a psicóloga e passei o seu telefone à Carolina. Carolina discutiu sobre a internação com a supervisora do CAPS e sugeriu acionar a equipe do IPQ. Tentou realizar o AT durante a internação, mas não obteve autorização da equipe do hospital. Ainda assim, insistiu em acompanhar Rodrigo, mesmo que em alguns horários de visita, e insistiu também no diálogo com a psicóloga e o médico de referência da unidade.

Nas supervisões, encontramos uma lacuna que convocava os psiquiatras de ambos os serviços, as prescrições medicamentosas não estavam alinhadas, considerando o que foi prescrito na internação e no CAPS, isso dava um baita esquentar cabeça, uma salada medicamentosa que em nada contribui para a estabilização do quadro. Iniciado sob a justificativa de continuidade do tratamento medicamentoso, estabeleceu-se um diálogo, mesmo que entre psiquiatras. Essas ações favoreceram que mais informações sobre o tratamento CAPS-hospital pudessem circular.

Percebo que há uma pequena melhora na comunicação entre CAPS e IPQ. A troca de informações acontece ainda de forma atravessada, mas existe esse movimento de busca. Esse movimento é impulsionado pela atuação da at. (Diário de experiência, 14 de março de 2024).

O relato sobre a manifestação da luta antimanicomial e os movimentos da at na tentativa de seguir com o acompanhado no seu percurso pela rede nos permite escutar essas particularidades de uma rede viva que se constitui historicamente, os pontos de tensão que se cristalizam e impossibilitam cronicamente a efetivação de princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.

Na supervisão, a at apresenta-se angustiada pela dificuldade em acessar a equipe do hospital e ter acesso às informações de Rodrigo, algo que ilustra de forma vívida os desafios e a complexidade da prática do AT e da articulação em rede. Nas mediações que tentei

realizar no hospital, também encontrei barreiras, justificadas em um cuidado burocratizado, uma herança da lógica disciplinar, hierárquica e centrada no saber médico, que mesmo diante dos anos passados da reforma psiquiátrica reedita a essência do modelo asilar (Amarante, 2011). A ênfase do tratamento em protocolos burocratizados, diagnósticos e classificações, em detrimento da escuta do sujeito, contribui para esse enrijecimento da escuta e a impermeabilização dos pontos da rede (Barbosa et al, 2016).

Encontramos desafios em seguir o AT durante a internação; quando a at solicita à equipe e eu reforço a solicitação internamente, questiona-se a necessidade do AT, que ele seria voltado para os momentos em que o paciente não estivesse em crise e que no momento o paciente não teria condições de realizar essa modalidade de acompanhamento, por isso mesmo estava internado. O hospital torna-se para o paciente um ambiente ainda mais hostil, na medida em que afasta do sujeito os vínculos de cuidado já estabelecidos, uma herança manicomial e disciplinar, que reconhece no isolamento um instrumento terapêutico, isolando o sujeito para isolar a doença (Amarante, 2011).

A conduta do hospital reflete práticas hegemônicas que perpetuam uma lógica manicomial, que não considera o sujeito, o seu percurso de tratamento e protagonismo, perdendo a dimensão da singularidade dos sujeitos. Se, por um lado, as equipes do CAPS ressaltam a necessidade do AT nos casos mais agudizados, para o hospital, reduz-se a sua atuação aos casos estabilizados. A conduta do hospital em reduzir o AT a uma função para momentos de estabilidade ignora a sua constituição enquanto dispositivo, o seu papel radical na reforma psiquiátrica, inclusive no acompanhamento dos momentos de crise, um posicionamento que cristaliza o endereçamento da crise exclusivamente ao cuidado hospitalar, tão presente na rede desse território.

A solicitação da at é recebida com um estranhamento que se revela necessário. A sua insistência em seguir o acompanhamento, mesmo nos horários de visita familiar, abre um outro caminho para interlocutores que pensam e cuidam do sujeito no período do sofrimento psíquico intenso, firmando um compromisso. Essa insistência da at representa uma intervenção, que, ao confrontar a rigidez institucional, questiona a norma estabelecida, abrindo um espaço de questionamento na instituição com relação aos seus critérios enrijecidos sobre o que é o tratamento. Promove a "desestabilização e desconforto a certa estabilização mórbida" (Ghertman, 2009, p. 12, citado por Sereno, 2018), proporcionando novas possibilidades de cuidado, e outros interlocutores que testemunhem o sujeito nos seus espaços de vida.

Ao acompanhar o percurso do sujeito, a at escuta a rede, o território e a sua relação com a reforma. Evidencia-se a dificuldade de interlocuções nos processos de referência e contrarreferência, e a dificuldade no acesso às equipes do hospital, que acabam por fragmentar o sujeito do seu contexto e da rede que o acompanha. Promover um ponto de encontro, portanto, constitui a possibilidade de um elo. Isso se deu na temática *medicações*, um ponto em comum ao diálogo, afinal, o assunto costuma ganhar espaço nos serviços de saúde, e era um dos pontos importantes do tratamento a serem discutidos.

Essa sacada possibilitou que Carolina iniciasse um primeiro diálogo, mesmo que entre psiquiatras e para ajustamento das medicações prescritas, o que resgatou a responsabilidade de discutir e alinhar a conduta a respeito do tratamento de Rodrigo, algo que até então não havia acontecido. Houve a partir daí uma linha de diálogo que se tornou possível entre hospital e CAPS. A identificação de um ponto em comum entre os serviços, e o movimento de acionar as equipes e mobilizar uma discussão de caso entre serviços, mesmo que entre psiquiatras e sob a justificativa de ajuste das medicações, ilustram a atuação da at como agente articulador, que potencializa e tece encontros entre profissionais e instituições.

Por estar em uma posição entre-lugares, a at assume uma função estratégica, atenta aos impasses e tensionamentos presentes nos fluxos e nos serviços, permitindo uma escuta das montagens institucionais e propiciando intervenções que reposicionam a própria instituição (Hermann, 2008; Palombini, 2007; Sereno, 2018). Isso reafirma que o AT, ao operar com escuta analítica e olhar para a montagem institucional, potencializa o cuidado em saúde mental, promovendo a construção de redes e a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica. A sagacidade e a habilidade em promover diálogos consistiu em uma estratégia que vai ao encontro da instalação de um dispositivo de tratamento não somente ao sujeito, mas à própria rede. Nesse sentido, resgatamos o que o que Sereno e Nogueira (2019) delimitam sobre a presença do AT na Rede proporcionar uma parede institucional quente, que movimenta e tece novas articulações.

Reconhecendo o contexto das políticas públicas em saúde mental citadas no primeiro capítulo, a busca pela interlocução e costura dos pontos da rede ganha também o sentido de “minimizar o sentimento de solidão com o qual muitas vezes nos deparamos ao longo dos acompanhamentos” (Pasini 2019, p. 50), revelando que, diante da complexidade dos casos acompanhados, é nessa sustentação conjunta, na elaboração tecida entre serviços, que se torna possível seguir. No encontro com a complexidade e fragilidade dos casos acompanhados, bem como a precariedade e o sucateamento das políticas públicas, a

articulação de rede opera também como uma sustentação conjunta entre pontos, um apoio entre agentes no percurso de luta por direitos nas políticas públicas.

A costura dos fios que tecem a RAPS consiste em um fenômeno complexo, de insistência, de aposta, de muito investimento; trata-se de uma “espera ativa [...] atitude de presença, de atenção flutuante [...] atenção aos mínimos sinais e movimentos, os mais inusitados, insólitos, linhas de fuga, possibilidades de conexão/articulação, acontecimentos”. (Serenó, 2019, p. 101). O seu aspecto vivo se constitui na medida em que encontra pessoas dispostas à essa tecitura; no caso mencionado, o AT às convoca e implica na direção do tratamento, de forma articulada, integrada, e tensiona para que haja um seguimento do processo de cuidado, mesmo inicialmente a partir da via medicamentosa.

A escuta dos enodamentos da rede permite que a criação de conexões intencionalmente posicionadas, assim como a possibilidade de outros caminhos para uma sustentação coletiva dos processos de cuidado, costurando caminhos e estabelecendo conectivos mais orgânicos diante da burocratização da RAPS. Nesse sentido, o AT se apresenta como ferramenta micropolítica fundamental em territórios ainda fortemente marcados pela lógica manicomial.

7. O AT através da ética psicanalítica

O primeiro capítulo apresentou a constituição do AT como uma prática que se construiu no contexto de atuação da saúde mental, em diálogo com múltiplas áreas de saber. Quando pensamos no AT hoje, percebemos uma pluralidade de configurações possíveis no seu formato, público atendido, contextos de atuação e sustentação epistemológica, ou seja, não há um único AT, mas diversas montagens que se voltam a fins distintos.

Não existe prerrogativa ou garantia de que ele seja um dispositivo clínico e/ou político. Circular pelos espaços da cidade não garante o compromisso com a reforma psiquiátrica, a exclusão de uma lógica prescritiva e manicomial em suas reedições contemporâneas, que não visem à adequação do sujeito a uma outra lógica homogênea. O que configura o AT como um dispositivo ético, estético e político é, portanto, de onde se sustenta a escuta, os aspectos/contingências para os quais ele se volta, e o que se desdobra como ação a partir daí.

Neste capítulo, desdobramos o encontro entre o AT e a clínica psicanalítica como um dos caminhos possíveis na sustentação do AT enquanto dispositivo clínico-político. A escolha por esse recorte se deu pela transferência da pesquisadora com a clínica psicanalítica, a sua atuação em saúde mental e em saúde pública e as práticas de cuidado em liberdade. Essa escolha e relação transferencial também se deve ao projeto de extensão, objeto de estudo desta pesquisa, que se sustenta pela psicanálise. Para isso, serão apresentadas neste capítulo a interface da clínica psicanalítica com o Acompanhamento Terapêutico, e algumas construções ficcionais de casos acompanhados pelo projeto de extensão.

Diferentemente dos capítulos anteriores, os casos não estão dispostos em fragmentos diretos do diário de experiência; a apresentação em formato de fragmento tornou-se inviável diante do desejo de articular uma continuidade narrativa dos casos. A escrita destes partiu da leitura e análise de muitos relatos e reuniões de supervisão, para que então pudessem ser concatenados em história-caso. Para iniciarmos, teceremos algumas reflexões para pensar o AT através da psicanálise como um dispositivo clínico-político.

7.1 A psicanálise e dispositivos clínico-políticos

Para Rosa (2012), a prática clínico-política diz respeito à experiência psicanalítica com comunidades e grupos atravessados pelas marcas da exclusão social e política, onde os

sujeitos são diretamente afetados por situações sociais críticas. No contexto do projeto de extensão, os sujeitos acompanhados apresentam uma vivência psíquica heterogênea, destoante, nomeada historicamente como loucura, sendo afetados também por processos de exclusão e vulnerabilidades sociais.

O campo discursivo, ao qual todos estamos enredados, encontra-se atravessado por interesses sociais e políticos, e se apresenta como discurso do Outro, dominante, legítimo, de modo a enredar o sujeito em sua constituição subjetiva, ou na destituição de sua posição subjetiva (Rosa, 2015). Ainda que todos estejam imersos nesse plano discursivo, por meio da inscrição no laço social³, Rosa (2015) destaca que "é sobre uma parcela da população que sua verdade dá a ver de modo mais evidente a face mortífera desse laço" (p. 11–12), intensificando os efeitos dessa violência na constituição subjetiva e promovendo uma política de morte.

Há no laço social e discursivo uma homogeneização das experiências e das culturas, que estabelece um modelo hierarquizado e preconcebido dos processos de vida, de modo que não há espaço para a alteridade, recaindo na exclusão das diferenças, como visto na história da loucura. Isso se manifesta nos costumes, na cultura e na estrutura das relações de uma época, estendendo seus efeitos à constituição subjetiva e promovendo maior ou menor abertura à pluralidade (Rosa, 2015).

Nesse processo, demarcadores como a exclusão social e econômica passam a ser naturalizados, não reconhecidos como violação de direitos. Decai-se em uma naturalização do desamparo social, que despotencializa a força discursiva daqueles que vivenciam os seus efeitos e se desdobra em um desamparo também discursivo. Não há o reconhecimento das desigualdades como aspectos estruturais, que proporcionam um caráter sociopolítico no sofrimento. Esses conflitos recaem sobre o sujeito de maneira individualizante, favorecendo processos de patologização e criminalização das respostas singulares elaboradas frente aos seus impasses (Rosa, 2015).

É nessa articulação entre o sujeito, o sofrimento e o laço que se localiza a psicanálise implicada enquanto prática clínico-política. A psicanálise implicada volta-se para o sujeito e

³ “Na perspectiva psicanalítica os laços sociais remetem à condição constitutiva do homem e da civilização, condição esta que inaugura a entrada do homem na linguagem e na cultura e que o insere simultaneamente no jogo relacional, afetivo, libidinal e também no jogo político. Os laços sociais têm seu fundamento na linguagem, mas, a partir desse ponto são laços discursivos, ou seja, materializam-se nos modos de relação em um dado tempo e lugar, pautando a construção da história de cada um, inserida no campo discursivo de seu tempo.” (Rosa, 2015, p. 5)

o laço discursivo, reconhecendo os mecanismos de produção do discurso hegemônico, que aliena os sujeitos e perpetua os processos de exclusão (Rosa, 2012; 2015). Assim, desponta como um caminho para a restituição de um campo de significantes no laço, possibilitando rompimentos com os processos de exclusão e abertura à alteridade.

Podemos pensar esse aspecto no AT a partir de Palombini, que informa que o dispositivo se volta também ao social quando caminha para a sustentação da alteridade e da reforma psiquiátrica na atualidade, propiciando novas portas de entrada do sujeito à cidade. Hermann (2008) destaca, entretanto, que se trata de encontrar caminhos singulares a essa sustentação:

Cabe ao acompanhante terapêutico acompanhar a reconstrução desse mundo, ao considerar o modo absolutamente original do paciente. [...] Estar ao lado de um paciente psicótico, não no sentido de compartilhar o seu mundo, mas na tentativa de oferecer estratégias para que o paciente reconstrua o próprio mundo. Isso evoca a figura do amigo como aquele que não se importa com as excentricidades do parceiro. (Hermann, 2008, p.18)

O autor resgata, com essa assertiva, que o enlaçamento não se dá nos moldes homogêneos. Caminhar num sentido de tecer um campo de significantes no laço não vai no sentido de assumir uma função pedagógica na condução clínica do tratamento. Metzger (2021) ressalta que essa inclusão será sempre não-toda, a partir da realidade do sujeito acompanhado, devendo o at direcionar-se ao enlaçamento possível. O compromisso ético volta-se a promover reencontros com o "Outro receptivo à escuta, disponível para oferecer um campo de saber capaz de desestabilizar e colocar entre aspas a série de identificações que desqualificam e aprisionam o sujeito fora do campo social" (Rosa, 2012, p. 8), a resgatar a posição desejante como resistência diante das naturalizações e dos processos de exclusão. O trabalho analítico opera numa travessia, que convoca o sujeito diante do desejo e suas contingências, implica-o no reconhecimento dos enredamentos discursivos e, assim, possibilita a abertura a novas inscrições, a novos caminhos singulares (Rosa, 2015).

No AT, a escuta se expande aos cenários, aos lugares, às pessoas e aos trajetos, que ganham no percurso sentidos outros e se somam aos significantes do sujeito, tornando-se portanto, integrantes na direção do tratamento. Isso se torna possível através do corpo do at. Nesta clínica, a atenção flutuante descrita por Freud se conflui no que Palombini (2019) denomina corporalidade flutuante: ou seja, uma presença atenta e, ao mesmo tempo, distraída, sensível aos gestos, aos objetos, à atmosfera dos espaços e aos acontecimentos

cotidianos que, como uma associação livre, compõem a trama subjetiva de uma vida (Palombini, 2019).

Palombini (2019) propõe que o AT, junto à psicanálise, inclui a atenção ao contexto, ao cotidiano e às relações, uma escuta do inconsciente, mas que essa escuta opera numa fluidez que lhe é própria. Trata-se de escuta em uma clínica sustentada pelos gestos mínimos e pelos objetos do cotidiano, por meio dos quais se configuram atos clínicos e operações psíquicas, “sem deixar, por isso, de ser café prosaico compartilhado entre pessoas que se visitam” (Palombini, 2019, p. 83).

Isso se presentifica no AT enquanto dispositivo clínico-político, a escuta-ação se volta ao sujeito e ao laço social. O AT escuta e acompanha um sujeito-cidadão de direitos e de desejo, num percurso itinerante que vai ao encontro de outros conectivos no laço social, ao tempo em que também promove o deslocamento de alguns significantes da loucura na cidade.

Como sustentar essa clínica, que se volta para o inesperado, sem os recursos de um *setting* tradicional? No AT sustentado pela clínica psicanalítica, o tratamento sustenta-se em aspectos fundamentais, como a presença do acompanhante, a escuta do sujeito do inconsciente e o manejo da transferência, não sendo inviabilizado pelos elementos que compõem seu enquadre (Metzger, 2021; Hermann, 2008). O seu formato não se fixa a um encontro com contornos rígidos, a aposta segue na invenção estética dos encontros, na ética do sujeito e da sua singularidade, na artesanaria que se constrói um a um (Marsillac et al, 2022).

A escuta do delírio e a escuta da cultura

Bento e at Lelia

Bento era um homem adulto, recém-chegado no estado de Santa Catarina. Sua família, com história de imigração, chegou ao Brasil em busca de refúgio após a Segunda Guerra. Em Florianópolis, Bento residia com os pais em um local temporário, que foi concedido através de benefícios sociais.

Lelia conheceu Bento durante a sua internação no hospital psiquiátrico da região, por um episódio de crise em saúde mental. Em sua realidade psíquica, acreditava ser perseguido por um grupo extremista, o que reduziu significativamente os seus laços afetivos e a sua vida social e o levou a recorrentes episódios de um sofrimento bastante intensificado. Sua vinculação com o CAPS era frágil, e diante desse contexto avaliaram-se estratégias que pudessem fortalecer os espaços de vinculação, escuta e pertencimento para Bento. Estava

também em uma situação de risco social, o que contribuía para que o seu acesso a alguns direitos e espaços sociais fosse dificultado. O CAPS reconheceu que, diante de uma realidade que o lançava ao despertencimento e lhe causava intenso sofrimento, fragilidade dos vínculos e prejuízo de sua vida social, Bento poderia se beneficiar do AT.

Os encontros entre Bento e Lelia foram, de início, marcados pela timidez, por ausências, desmarcações, e pela aposta da at na construção de um percurso. Aos poucos, Bento pôde construir um vínculo com Lelia, mesmo que inicialmente faltasse a muitas sessões. Lelia apostava no encontro, mas sem confrontá-lo; conseguia sustentar o tempo da espera, da ausência. Não o perseguia. Os encontros, que a princípio aconteciam nos espaços do CAPS, aos poucos se estenderam para lanchonetes no entorno e, muito tempo depois, outros espaços da cidade.

A gradativa aproximação da at possibilitou a abertura para um novo vínculo; a extensão dos encontros do CAPS, que consistia no local de vínculo inicial do acompanhado, para as lanchonetes próximas, ilustra uma extensão dessa relação de confiança inicialmente estabelecida, gradativamente se consolidando.

Bento sentia-se mais confortável em compartilhar as suas histórias, na medida em que também demonstrava interesse em conhecer as de Lelia. No percurso do AT, Bento dizia não ter amigos, mas que os tivera na adolescência. Descobriu depois de um tempo que grande parte deles partilhavam de ideais extremistas de segregação, e passou a não confiar mais nas pessoas. Ainda assim, falava de um desejo de ter novamente outros laços de afeto, mas isso só aconteceria depois de ganhar um grande prêmio financeiro.

Em um país com a ascensão de ideais da extrema-direita, o fortalecimento dos discursos de segregação e exclusão, e a perseguição a nichos nomeados como minorias, o dinheiro aparecia como aquilo que, diante de um lugar de despertencimento, de exclusão e de perseguição, o autorizaria a outro lugar no laço social. A montagem sintomática de Bento comunica uma montagem social e cultural presente, atual. Portanto, nos leva a escutar o laço na contemporaneidade.

Nas reuniões semanais, a supervisora escuta, atenta a essa montagem, e ressalta a necessidade do cuidado na transferência nessa condução do tratamento, indicando que, diante de uma montagem de paranoia, o trabalho se direciona a desinflar esse Outro tão invasivo; portanto, o AT não deve ocupar esse lugar, deve sustentar o tempo de Bento, ao tempo em que se reitera a aposta em seguir o acompanhamento.

Em certo encontro, Bento pergunta a Lelia se ela gosta de atendê-lo, e declara que se ganhasse na loteria, pagaria para ela um consultório. Esse se torna um momento importante para o deslocamento desse significante e para outras aberturas discursivas. Bento, nesse endereçamento, demonstra que há uma transferência sendo estabelecida, um vínculo construído, mas que só poderia ser consolidado através de uma grande quantia de dinheiro. Acolher o que Bento endereça à at não implica em respondê-lo desse mesmo lugar. A at reconhece com Bento que o AT é viabilizado pela Universidade e pelo CAPS, e que ela aprendia com os encontros dos dois, o pagamento da at era o fortalecimento do seu processo de formação e aprendizado, não precisava do prêmio da loteria para isso. Ademais, a at afirma gostar de desenvolver o AT e acompanhar a história de Bento.

Na mesma medida em que o dinheiro da loteria aparecia como um significante que o autorizaria a outro lugar no laço, mantinha-se também como uma justificativa ao seu isolamento; o lugar de despertencimento se cristalizava calcado na ausência do prêmio. Na mesma medida, a origem familiar de Bento também o lançava a seguir num lugar de exclusão. A escuta desses significantes no laço social, na cultura, na história, torna-se indispensável para pensar como eles se articulam à história de vida de Bento, como se atualizam enquanto formação de sintomas que o lançam à segregação e ao despertencimento social.

Bento passa a confiar à Lelia as suas histórias, afirma a ela que a reconhece como alguém educada, gentil, e que geralmente as pessoas não o tratavam assim, eram rudes, grosseiras. De certo modo, isso se articula também com a percepção de Bento de que as pessoas o encaram, levando-o a ficar desconfiado e rezear o modo como o tratam, que mal podem causá-lo, e a at escuta a sua montagem, a sua leitura diante da realidade em que vive. Não tenta desmontá-la.

Em contrapartida, passa a procurar em suas histórias outros pontos de identificação e de ancoragem. Bento se revela um grande apreciador de músicas alternativas, com inclinação para bandas que traziam na música a expressão de afetos através dos instrumentos e de denúncia aos processos de exclusão social. Revela que na sua história aprendeu a tocar alguns instrumentos. Passam a falar sobre música. Bento começa a localizar alguns marcadores de Lelia também, repara o seu estilo, e localiza como um estilo também alternativo. Elementos esses que comunicaram a ele uma possibilidade de laço. Pergunta à at sobre experiências de vida e conta de algumas experiências suas da adolescência.

Essas observações e indagações de Bento dizem respeito àquilo que o atravessa e constitui como sujeito de desejo, às marcas que, de alguma forma, ele identifica também como uma representação, que remete à cultura e a uma outra possibilidade de inscrição. Nesse sentido, torna-se evidente a dimensão política de corpos não hegemônicos no AT. O at não é abstrato, tem corpo, tem performance. Faz função de abertura à alteridade e outras amarrações no laço social não somente com a escuta. A at reconhece que, para Bento enlaçar-se com outros, há uma dificuldade, quase uma impossibilidade, e permanece, mesmo diante de um contato social que foi, inicialmente, difícil de ser estabelecido, na aposta pelo estabelecimento da transferência.

Sustenta também, através da transferência, essa abertura a outros possíveis. Vislumbra um caminho, há no CAPS uma banda, talvez seja possível algo a partir daí. Mas, por hora, seguimos pensando sobre aspectos fundamentais nesse percurso de AT. A seguir, discutiremos o método e a ética da psicanálise, e a transferência na clínica das psicoses.

7.2 A clínica das psicoses no AT

Desde os seus primeiros ensaios, a prática do AT foi voltada a pessoas que destoavam de um funcionamento psíquico vigente em uma normativa social. Encontrava nas instituições de tratamento em saúde mental o seu primeiro lugar de escuta e intervenção. Pensaremos esse funcionamento psíquico diferente através de uma fundamentação psicanalítica. Metzger (2021) ressalta que no AT, através dessa fundamentação, a escuta é voltada ao sujeito do inconsciente, “seja ele barrado ou não” (p.14). Essa citação se refere a esses sujeitos que funcionam, estruturalmente, de uma forma outra, e que, portanto, demandam uma outra condução clínica. No contexto do projeto de extensão, isso se dará a partir da clínica das psicoses.

Para que possamos pensar a respeito do AT enquanto uma estratégia clínica e o seu direcionamento junto aos sujeitos psicóticos, torna-se necessário contextualizarmos essa estrutura psíquica e o seu funcionamento. Traremos isso em paralelo com a estrutura neurótica para pensarmos as diferentes conduções clínicas. Partiremos da noção de estrutura psíquica por meio de uma leitura lacaniana, que discorre sobre como o sujeito se constitui e se inscreve no campo simbólico, isto é, no campo da linguagem e da lei que estrutura o desejo e as posições do sujeito em relação ao Outro.

Lacan pensa essa inscrição a partir de sua releitura sobre o Édipo, no Seminário 5 (1957–1958/1999). Em sua releitura, essa operação se desdobra na inscrição do sujeito na linguagem e na lei. É nesse momento que o Desejo da Mãe, o primeiro significante do bebê, é metaforizado e o sujeito se constitui como efeito do significante (Quinet, 2015). Trata-se de uma operação que se desdobra na saída do sujeito através de uma organização estrutural, seja ela perversa, seja psicótica ou neurótica. Isso implica diretamente no que abordaremos adiante a respeito da condução clínica do tratamento no AT.

Quinet (2015), na leitura de Lacan (1957–1958/1999), retoma a operação dos três tempos do Édipo. Ele resgata que, no primeiro tempo, a mãe é um Outro absoluto, o primeiro Outro do bebê. É a partir dela que o bebê experimenta, pela primeira vez, a incidência da lei simbólica. Nesse momento, a lei da mãe é absoluta, onipotente, pois o bebê está submetido inteiramente à sua vontade, e ela pode ou não satisfazer suas necessidades. O bebê encontra-se, assim, numa condição de assujeitamento. Trata-se de um tempo em que o sujeito ainda não se distingue do desejo materno e no qual o Outro materno detém o lugar de totalidade e de lei. Na relação inicial mãe-bebê, o sujeito não apenas deseja a mãe, mas também se percebe como objeto de seu desejo. O bebê se interroga sobre o que quer a mãe, sendo essa a primeira experiência enigmática do desejo do Outro.

O significante do Desejo da Mãe, portanto, apresenta-se ao sujeito como um enigma, cuja significação dependerá da operação simbólica que se seguirá. Essa operação é a metáfora paterna, na qual o Nome-do-Pai substitui o significante Desejo da Mãe, no segundo tempo do Édipo. Quinet (2015), ao retomar o Nome-do-Pai, explicitado por Lacan, enfatiza que o termo designa uma função simbólica, um significante que opera no campo da linguagem e estrutura o Desejo da Mãe, e que não se confunde com o pai biológico ou com uma figura real. O Nome-do-Pai representa a instauração da lei e da interdição do incesto, introduzindo a mediação necessária entre a mãe e o bebê e possibilitando que o Desejo da Mãe se desloque em direção a um terceiro termo. Essa operação opera como barreira, que protege o bebê de ser invadido pelo desejo do Outro primário.

Quando o discurso da mãe aponta para esse terceiro, o Nome-do-Pai, o desejo materno é metaforizado por algo que o representa. Essa operação introduz uma nova mediação simbólica, que desloca o Desejo da Mãe e o inscreve na ordem da linguagem. A partir dela, o Nome-do-Pai se instala no lugar do Outro, introduzindo o sujeito na significação fálica e na lei simbólica (Quinet, 2015). Através da presença ou ausência dessa função

simbólica é que se determinará a forma de inscrição do sujeito na linguagem e, consequentemente, sua estrutura psíquica.

No terceiro tempo, a criança passa a representar, por meio de signos, a ausência e o retorno da mãe, constituindo uma primeira experiência de substituição simbólica, em que a ausência passa a ser representada por um significante. A mãe, antes objeto de satisfação imediata, torna-se simbolizável, passando de presença plena a signo. Essa simbolização ocorre por meio da intervenção do Nome-do-Pai como um terceiro. É ele quem introduz a lei de interdição, funcionando como metáfora que vem barrar o Outro materno e deslocar o desejo da mãe para outro lugar.

Assim, o Nome-do-Pai metaforiza o lugar de ausência da mãe e instaura a lei simbólica, instaurando assim a metáfora paterna. Ao fazê-lo, ele permite que a criança acesse o registro simbólico, delimitando o gozo materno e instituindo a diferença necessária à constituição do sujeito do desejo (Quinet, 2015). Na saída dessa operação, Quinet afirma, com base na teoria de Lacan, que “A criança, antes submetida ao Outro absoluto, não barrado, encontra-se, a partir de agora, diante de um Outro barrado pela inscrição da castração no Outro, inaugurando-se a cadeia significativa do Inconsciente do sujeito, momento que corresponde ao recalque originário.” (Quinet, 2015, p. 29).

Na estrutura da psicose, essa operação acontece de modo distinto, não há a inscrição do Nome-do-Pai, ou seja, de um terceiro significante capaz de operar um corte na relação simbiótica entre a criança e o Desejo da Mãe. Enquanto na neurose o Nome-do-Pai é recalcado mas permanece inscrito na estrutura, na psicose ele fica foracluído, ausente no campo do simbólico (Lacan, 1955–1956/1988). Isso implica, portanto, a não inscrição da metáfora paterna, operação onde o significante do Nome-do-Pai substitui o Desejo da Mãe, ponto de ancoragem que instaura a falta, a castração, e dá sentido ao desejo do Outro (Hermann, 2008).

Enquanto na neurose a entrada do Nome-do-Pai abre o lugar da fantasia diante do enigma do Desejo da Mãe, na psicose isso não se instaura, fica de fora. Isso significa que a função paterna não opera de forma estruturante. Diante da foraclusão do Nome-do-Pai, o sujeito psicótico não dispõe da metáfora paterna para responder ao enigma do desejo do Outro. O Desejo-da-Mãe permanece como uma presença totalizante, sem mediação, o que impede a constituição de um espaço subjetivo próprio. O sujeito é então capturado por um Outro absoluto, não barrado, portanto não se constitui em oposição ou separação em relação ao Outro; o desejo do Outro aparece de forma total, sem barreiras (Hermann, 2008).

Lacan (1974-1975/2007a) reconhece através dessa operação que a função do Nome-do-Pai atua como um significante que articula e ordena os três registros, Real, Simbólico e Imaginário⁴. Assim, na psicose isso aparece de modo distinto; situa os registros Real, Simbólico e Imaginário como uma formação de nó de trevo, de modo que se entrelaçam numa continuidade indistinta (Hermann, 2008). Isso dá origem ao então inconsciente a céu aberto, característico das psicoses.

Aquilo que na neurose se recalca, na psicose retorna no real, de forma invasiva, como formação de delírios e alucinações. Ao tomarmos os delírios e alucinações como a verdade do sujeito, passamos a escutar aquilo que ele sabe sobre si, mas lhe é estrangeiro, o delírio nos conta de pedaços de sua realidade psíquica de um jeito desarticulado. Freud (1911/2023), quando discorre sobre o delírio, afirma que este consiste em uma tentativa de reconstrução de uma realidade, de um mundo em que seja possível viver.

Na falta de um significante ordenador, o Nome-do-Pai e a operação da metáfora paterna, Lacan (1955–56/1988) reconhece que uma das direções clínicas seria a criação de uma suplência a esse elemento, proporcionando alguma articulação, ainda que frágil, desses três registros (Hermann, 2008; Alves, Bloss & Marsillac, 2021). Em um primeiro momento, Lacan reconhece isso como a metáfora delirante. O caso Schreber analisado por Freud (1911/1996) e retomado por Lacan consiste numa tentativa de recomposição do sentido, permitindo ao sujeito reorganizar sua realidade por meio de uma nova cadeia significativa, “uma tentativa de cura” (Lacan, 1955–56/1995, p. 150). Lacan reconhece a metáfora delirante nessa tentativa de cura.

Lacan (1975–1976/2007b) caminha nas possibilidades dessa clínica e em seus últimos seminários introduz o conceito de *sinthoma*⁵ como um quarto elemento a essa operação,

⁴ Jorge (2008) apresenta de forma didática esses conceitos da psicanálise lacaniana, reconhecendo que se tratam de três instâncias, três registros, “muito distintos e essenciais da realidade humana” (p. 94) que se reúnem por meio do nó borromeano. O autor afirma “no seminário RSI, Lacan irá mostrar que os três registros real-simbólico-imaginário não podem ser isolados, uma vez que se apresentam unidos de modo indissolúvel na topologia do nó borromeano ou cadeia borromeana, tipo de nodulação em que os elos, pelo menos três, estão amarrados uns aos outros de forma tal que, se cortarmos apenas um deles, todos os outros se desligam simultaneamente.” (Jorge, 2008, p. 94). O autor sistematiza: “[...] o imaginário do sujeito falante, opostamente ao do animal — pleno, sem brechas —, apresenta uma falta originária, uma hiância real que virá precisamente a ser preenchida pelo simbólico. [...] O simbólico é aquele registro, heterogêneo ao imaginário, que vem ocupar no sujeito o lugar da falta real primordial de seu imaginário. [...] Quanto ao real, ele remete à falta originária da estrutura, à hiância constituinte do inconsciente. Lacan tematiza o real de dois modos distintos: o real é o impossível de ser simbolizado; o real é o que retorna sempre ao mesmo lugar.” (Jorge, 2008, p. 95).

⁵ Lacan (1975–76/2007) apresenta no Seminário 23 o conceito de *sinthoma*, com h, como uma direção clínica, a construção de um saber-fazer com o sintoma. Herman (2008) resgata essa direção clínica para pensar o AT na clínica das psicoses e reconhece “O *sinthoma*, com th, assume uma função de amarração dos três registros — o real, o simbólico e o imaginário — e é considerado o quarto elemento da cadeia, o Nome-do-Pai. Na psicose,

proporcionando uma amarração singular dos registros Real, Simbólico e Imaginário. Para ele, o *sinthoma* atua como uma suplência à *foraclusão*, possibilitando uma estabilização subjetiva fora da metáfora paterna. Hermann (2008), quando pensa a clínica do AT, reflete o *sinthoma* enquanto função de um quarto elemento, “que articula esses registros não em cadeia, mas em amarração” (p. 195), oferecendo sustentação ao sujeito e incluindo a dimensão do laço social. Isso não implica que o sujeito psicótico transmute para um funcionamento neurótico, mas que há a possibilidade de uma outra articulação que lhe proporcione outras amarrações de sentido, processos de identificações e laços comunitários.

Quanto a isso, resgatamos nas palavras de Metzger (2021):

No que diz respeito à psicose, não podemos esquecer que a exclusão é estrutural. [...] o sujeito psicótico está fora do laço social. Está na linguagem, mas fora do discurso. [...] o psicótico está fora da norma fálica, que organiza os sujeitos neuróticos no laço social. Soma-se a isso a tendência do laço social em excluir esse sujeito que causa muitas vezes horror ao exhibir seu inconsciente a céu aberto, que o leva a proferir ditos e realizar atos que podem fazer com que os demais se afastem. É comum que os psicóticos revelem e insistam justamente naquilo que os neuróticos não querem saber e que é da ordem do saber inconsciente recalcado na neurose. [...] Não é possível incluir todos os psicóticos da mesma forma. [...] A inclusão será sempre parcial, uma vez que estamos nos referindo a uma estrutura exterior à norma fálica. Qual laço será possível é uma questão individual, que dependerá do sujeito de que se trata. (Metzger, 2021, p. 68–69).

Diante disso, a autora reflete que, no trabalho do AT sustentado pela clínica psicanalítica, o acompanhante terá como um dos seus direcionamentos clínicos a criação de um lugar singular ao acompanhado no laço social. Isso distancia o AT de um fazer pedagógico ou de normatização de sujeitos; o objetivo não é incluir o sujeito psicótico na ordem neurótica, ou mesmo suprimir o delírio, mas sustentar acontecimentos que propiciem um outro tipo de enlaçamento, que não apague o sujeito e a sua linguagem. “Trata-se de fazer laço a partir da singularidade do sujeito psicótico. Para isso, o at funciona como um “secretário do alienado”.” (Metzger, 2021, p. 14).

Lacan (1955–1956/1988) apresenta a função de secretariar o alienado, como um caminho na sustentação da transferência nessa clínica. O termo, advindo da psiquiatria e proposto inicialmente por Falret (1864), trazia consigo um alerta de uma postura a ser evitada, tinha acepção de censura e advertia o alienista a não se ocupar “por meio da palavra — de seus pacientes” (Ribeiro Costa & Freire, 2010, p. 69), pois isso era reconhecido como

porém, esse quarto elemento é *foraclusão*, o que convoca o sujeito a construir suplências possíveis ao Nome-do-Pai ou construir o próprio *sinthoma*.” (p. 11)

passividade diante das manifestações e sintomas psicóticos. Em contrapartida a esse direcionamento, Lacan (1955–56/1995) afirmou:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta — o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (Lacan, 1955–56/1988, p. 236).

Com essa afirmação Lacan nos convida a olhar para a verdade que habita o sujeito e provoca, em contrapartida a uma escuta psiquiátrica e nosográfica: “Vocês não ficaram surpresos [...] em ver como o que se obtém é mais vivo se, ao invés de tentar determinar a todo custo se a alucinação é verbal ou sensorial ou não sensorial, escutamos simplesmente o sujeito?” (Lacan, 1955–56/1988, p. 236). Ao escutar e testemunhar o saber que habita o sujeito, torna-se possível mapear sentidos fragmentados e costurá-los através de uma construção narrativa.

É o sujeito quem fala e nos instrui sobre sua própria história, o que permite algum deslocamento da posição de objeto do Outro e instaura também alguns contornos que abrem possibilidades outras de identificações e relações. A afirmativa de Lacan (1955–56/1988) sobre Escutar ao pé da letra nos direciona a seguir com o sujeito na sua construção de sentido, reconhecendo a metáfora delirante e o *sinthoma* como organizadores; aposta-se em uma amarração entre os registros que produza efeitos de encontro na relação do sujeito com o laço social, por meio da invenção de um saber-fazer. Trata-se de um processo inventivo, que caminha em direção à abertura de outros destinos que não a exclusão estrutural, no encontro com espaços e coletivos que sustentem a alteridade no laço social.

Metzger (2021) argumenta que, diante do inconsciente a céu aberto do psicótico, a rua se coloca como cenário em que esse inconsciente é posto em ato, e o AT acompanha essa deriva. Portanto, o AT nesse enquadre volta-se à escuta do sujeito do inconsciente, seja ele barrado ou não, e à verdade que o habita, no encontro com a cidade e então com novas possibilidades de laço, que surgem a partir desses acontecimentos. No AT enquanto dispositivo clínico, o corpo também se põe a escutar. A atenção-corpo-flutuante se debruça a acompanhar o sujeito através da escuta de sua realidade psíquica na linguagem que se faz possível ao sujeito, o seu delírio, a acompanhar o seu percurso nos territórios em que habita. Nessa itinerância, o at recolhe com o sujeito os seus fragmentos de sentido que se encontram desarticulados, e os costura em uma formação narrativa.

Araújo (2007) propõe esse fazer no AT como uma Clínica-Acontecimento, ou seja, o lançamento de novas circulações, destinos, lugares, a construção de algo inédito. Lança acompanhante e acompanhado à saída de lugares de captura, para a expansão de seu território singular, da saída de lugares subjetivos já ocupados, para descoberta de outros possíveis (Araújo, 2007). A Clínica-Acontecimento possui uma íntima relação com a criação e com a experimentação e se direciona também ao espaço, como à cidade e às relações que ali se estabelecem, por meio da inclusão de elementos que deem movimento à escuta e a intervenção.

O autor afirma:

[...] esse passeio, essa deriva adquire sentido. O sentido que surge das passagens faz com que esses passeios façam diferença. [...] Tal operação que se faz justamente no meio dos estados de coisas e que chamamos de acontecimento diz da dimensão propriamente clínica, ou seja, de como a clínica se faz [...]. Pois é acompanhando a pessoa em seu passeio que acompanhamos também o surgimento do sentido, e mais fundamentalmente, as mudanças de sentido.[...] (Araújo, 2007, p. 51)

De acordo com o autor, isso somente se torna possível pela abertura ao devir, no movimento de se deslocar das concepções consolidadas de mundo e do que se tem cristalizado como possível, bem como das posições já ocupadas anteriormente em sua história. É preciso sustentar essa abertura ao inesperado e a aposta na criação (Araújo, 2007), em uma disponibilidade e no compromisso com a escuta flutuante que se faz com o corpo em território. Essa sustentação do inesperado decorre da aposta do acompanhante terapêutico na criação de um *sinthoma*, capaz de oferecer ao sujeito novas possibilidades de enlace social.

Para isso, há um fio que costura a sustentação do inesperado, do não saber, da teoria, e os coloca a operar, e que, em analogia ao desejo de analista, Metzger (2021) nomeia como desejo de acompanhar. Lacan (1966/2006) afirma que “o desejo do analista é que o sujeito se constitua como desejante, que ele venha a ocupar a posição de sujeito de desejo, e não do saber” (p. 322), ou seja, trata-se de uma posição ética em que o analista sustenta um espaço que permita ao sujeito se interrogar sobre seu próprio desejo, abstendo-se de responder a satisfação de uma demanda. A escuta, portanto, se direciona ao sujeito de desejo, na aposta de uma criação, de um saber-fazer com o seu sintoma. A analogia que a autora faz para o desejo de acompanhar consiste na aposta do sujeito de desejo:

Para que a teoria nos atravessasse, mesmo que não estejamos pensando nela no momento em que atendemos, é necessário que haja esta implicação com esse desejo específico.

Essa implicação vai levar o at a iniciar e sustentar uma clínica que com frequência se depara com situações imprevisíveis e incompreensíveis. (Metzger, 2021, p. 51)

Desejo que sustenta uma ética e que permite ao at manter-se presente diante do inusitado e daquilo que escapa ao saber, uma posição ética que o atravessa e o autoriza a sustentar a clínica diante dessas contingências que constituem o contexto de atuação do AT. A partir dessa aposta, torna-se possível construir um percurso, que possibilita que o saber inconsciente emergja do lado do sujeito. Interpelado pela própria fala ou ato, o sujeito produz um saber singular, o do inconsciente. Quando esse saber é testemunhado pelo at, ganha uma inscrição psíquica, tecendo a construção de uma metáfora delirante, ou de um *sinthoma*. É, então, através da transferência que se sustenta o aparecimento do sujeito do inconsciente e do desejo, mesmo na psicose.

Na clínica das psicoses, a transferência opera de modo distinto ao que se dá nas neuroses. Enquanto na neurose a transferência analítica se dá por meio do endereçamento a um sujeito suposto saber, na psicose o sujeito não supõe um saber no Outro, mas sim um gozo (Hermann, 2008). Na psicose a relação com o Outro não é mediada simbolicamente, de modo que o saber aparece colado ao gozo. O psicótico, sem essa mediação simbólica, fica aprisionado no campo do Outro, invadido por suas demandas e experimentando o laço como uma invasão, marcada pela intrusão do desejo do Outro, que não encontra limite. Hermann (2008) descreve que, por essa montagem, o manejo na transferência na psicose opera de outro modo, para não se estabelecer em uma transferência narcísica, especular ou simbiótica, e adquirir contornos erotomaníacos ou persecutórios.

Nesse recorte, há que se considerar as diferenças fundamentais na sustentação da transferência. Hermann (2008) ilustra que “na neurose, onde há transferência, há interpretação; na psicose, onde há transferência, há construção da metáfora delirante ou construção do *sinthoma*” (p.7), indicando as aberturas possíveis do que pode o AT diante da clínica das psicoses. Na estrutura psicótica, o *sinthoma* e a metáfora delirante não são passíveis de interpretação nos moldes clássicos, pois o sujeito psicótico não se inscreveu na lógica discursiva do simbólico. Assim, o analista atua como um “artesão de palavras” (Hermann, 2008, p. 207), utilizando significantes já conhecidos pelo sujeito na direção do tratamento. O autor enfatiza que o desafio clínico é sustentar com o sujeito psicótico a construção do seu próprio *sinthoma*, possibilitando uma amarração singular ao laço social.

Hermann resgata em Pommier (1997) fundamentos para a sustentação da transferência na clínica da paranoia. Nela, o analista deve ocupar um lugar mais esvaziado na

relação imaginária, não se ocupando de uma presença totalizante, para permitir que os significantes emergjam na transferência. O autor reconhece a direção do tratamento da paranoia caracterizada por dois tempos: o primeiro, em que se passa do ódio à erotomania ou da ausência à presença totalizante; o segundo, em que ocorre o esvaziamento dessa presença totalizante para que o sujeito se volte aos objetos do laço e construa seu sinthoma. No AT, o autor indica que essa função clínica se expressa como um esvaziamento progressivo dos objetos pulsionais vindos do at, olhar e voz, para que gradativamente haja um investimento do sujeito na cena e no laço social (Hermann, 2008).

Cita o exemplo de um caso clínico:

Em um segundo tempo, Lourival e o acompanhante terapêutico se posicionavam diante do atendente e permaneciam calados. O acompanhante terapêutico esperando uma palavra de Lourival, e Lourival aguardando uma iniciativa do acompanhante terapêutico. Silêncio. O incômodo, a esquisitice da circunstância, o olhar de expectativa do atendente... essa atmosfera fez com que, afinal, Lourival se arriscasse. Ele pediu o que queria, mas, na hora de pagar, solicitou ao acompanhante terapêutico que conferisse o troco, que estava certo. (Hermann, 2008, p. 221).

Assim, há o trabalho de escutar em percurso os significantes do sujeito e sustentar, pela transferência, a construção de uma suplência. Esse manejo deve acolher as fragilidades e precariedades do sujeito, incluindo sentimentos difíceis como medo, raiva e tristeza, que são frequentemente evitados em contextos tradicionais de tratamento. Essa escuta atenta e o manejo da transferência possibilitam sutis deslocamentos que ao longo do acompanhamento favoreceram a aproximação ao laço social e a construção do sinthoma. O AT, assim, tem como um norteador clínico promover cenas que convidem o sujeito psicótico a se aproximar do laço social, acolhendo aquilo que se apresenta como limite, escutando o sofrimento desencadeado e sustentando a invenção de uma suplência.

A escuta do sujeito em sua singularidade demanda que o cuidado aconteça de forma inventiva e singular, o que leva tempo. “É uma construção lenta, gradual, cujos caminhos apresentam obstáculos, desvios, recuos...” (Hermann, 2008, p. 219). Trata-se de um processo que tem em sua bússola a construção de um saber-fazer e, assim, a possibilidade de uma elaboração de demanda em primeira pessoa. Quanto a isso, Alves, Bloss e Marsillac (2021) afirmam: “O AT testemunha essa escrita singular e cria, junto com o acompanhado, formas de relação com o Outro, ao auxiliar numa escrita da língua de cada sujeito” (p. 94). Acompanhar essa deriva leva a encontros com significantes que permeiam o sujeito e a

cidade, numa artesanaria de tecer junto contornos singulares, através do cuidado um a um (Marsillac, Guimarães & Lange, 2022).

Quando entrei, ela me disse “minha casa tem porta de entrada, mas não tem de saída”: o AT como abertura a novas saídas.

Luz e os ats Neusa e Nico.

Luz chega como história-caso no início do semestre, junto das novas solicitações de acompanhamento do CAPS apresentadas pela supervisora de campo. A primeira justificativa para o seu acompanhamento é de que esteve recentemente internada no hospital psiquiátrico da região. A supervisora do CAPS anuncia que Luz recém chegou a Florianópolis, veio de outro estado para morar com o filho, e logo na sequência teve um episódio de crise com sintomas psicóticos.

Em sua realidade psíquica, acreditava ser o Espírito Santo, ouvia a voz de Deus, e sob o seu comando, caminhava sem rumo por muitos quilômetros, o que a colocava em exposição a situações de risco. Isso se agudizou e Luz teve um episódio de crise em que foi encaminhada para a internação hospitalar; após a alta, Luz não conseguia se vincular ao CAPS e permanecia desconfiada de grande parte da equipe. Isso dificultava o seguimento do seu acompanhamento e a prevenção de novos episódios de agudização. Havia uma preocupação com a cronificação do quadro e o retorno ao hospital. Seu deslocamento pela cidade era também um impasse, não conhecia ainda esse novo território e, por não saber ler, enfrentava barreiras no acesso ao transporte público, o que inviabilizava sua ida ao CAPS.

Quando a supervisora de campo finaliza a apresentação de encaminhamento dos casos ao grupo, inicia-se uma discussão. A at Neusa sinaliza curiosidade com o caso de Luz e um desejo em escutar mais. Assim se iniciou o referenciamento de acompanhante-acompanhado. Há aí o início de um investimento que opera como combustível ao AT, o desejo-curiosidade que a direcionou a querer escutar mais da história de Luz, a acompanhá-la nesse percurso por um novo território. Desejo de acompanhar.

Neusa sinaliza que gostaria de acompanhá-la, mas se questiona sobre o seu percurso de formação diante da complexidade do caso. Fazia estágio no CAPS, mas seria a sua primeira experiência no AT. A at se depara com o seu não saber e, num primeiro momento, reconhece nele um entrave que faria barreira ao desejo de acompanhar. Metzger (2021) ressalta que, enquanto a formação teórica tende à aquisição de um saber, o acompanhar evoca

uma posição distinta, a de sustentar o não saber como condição de escuta. Isso permite que se aponte para o saber que habita o sujeito mas lhe é estrangeiro, para a sua singularidade, de modo que, a partir daí, cada AT se constitui de forma única. Para que ocorra essa abertura, essa disponibilidade do at, é importante que ele tenha “sido acompanhado nos seus não-sabidos” (Metzger, 2021, p. 56), através de uma transferência sustentada.

A autora (2021) ressalta que a formação do at, assim como a formação do psicanalista, constitui-se de forma contínua e não-toda. Ampara-se fundamentalmente em pontos, que juntos criam uma rede tecida entre o saber e o não-saber e sustentam esse dispositivo clínico. São eles a fundamentação teórica, a supervisão, a análise pessoal, e destaca, como dois pilares essenciais que dizem respeito ao contexto do AT, o desejo de acompanhar e o dispositivo grupal. Palombini (2019) também ressalta o espaço da supervisão coletiva como primordial à sustentação desse dispositivo.

No momento em que Neusa fala de seu receio, é acolhida pela supervisora do projeto, que reconstrói numa temporalidade o percurso de formação de cada um dos ats presentes. Relembra o percurso de formação da graduação e as ferramentas que foram construindo ao longo da trajetória, que os levaram ao desejo pelo AT. Ressalta outro aspecto importante, que a sustentação do caso se dá junto da equipe do CAPS e do grupo do projeto de extensão, enfatizando que o processo de acompanhar é algo a ser sustentado em conjunto pelo grupo.

Ainda que o AT seja uma proposta de acompanhamento itinerante e que estejam presentes em cena acompanhante e acompanhado, no contexto do projeto de extensão esse percurso é sustentado conjuntamente pelo grupo de supervisão e pela equipe do campo. O grupo de supervisão configura um espaço de transferência sustentada em conjunto, que proporciona a sustentação do não-saber, a continuidade de uma formação coletiva, o desejo de acompanhar, o encontro com o inusitado e a angústia que antecede a criação. A supervisora conduz Neusa na retomada do percurso que tem construído com a clínica psicossocial, com as equipes e com os usuários. Essa retomada, junto da sustentação do grupo de supervisão ao AT, autoriza Neusa em seu desejo de acompanhar.

Assim, o seu percurso com Luz no AT se inicia. Neusa fazia o seu estágio no CAPS, e nesses dias pôde discutir o caso de Luz com a equipe e pensar estratégias que possibilitassem o primeiro encontro. A at acompanharia uma visita domiciliar já agendada, que tinha como justificativa a administração de um antipsicótico injetável.

O primeiro encontro aconteceu na casa de Luz, e foi mediado pela equipe do CAPS. Não havia sido informado de antemão à Luz sobre a oferta do AT; o que se estabeleceu nesse

encontro, inicialmente, foi a aposta na abertura de um outro espaço de escuta e de estabelecimento de vínculo. Durante a visita, Luz contou das suas longas caminhadas, ordenadas por Deus e sem destino ou horários predefinidos, ocorrendo inclusive durante a madrugada. Indica que gostaria de caminhar do seu bairro até o CAPS, que tem uma distância aproximada de 10 quilômetros. Nessa abertura, Neusa declarou que era at e poderia caminhar com ela, oferta que Luz recebeu de forma positiva. Estabeleceram-se, aí, como companheiras de caminhada.

Nos grupos de supervisão, Neusa relata que já nos primeiros encontros Luz lhe endereçou uma frase que se transformou em questão, *“Minha casa tem porta de entrada, mas não tem de saída”*. No que conta de sua história para Neusa, a sua chegada em Florianópolis aconteceu após o falecimento de uma pessoa muito querida e próxima, e do seu sequente adoecimento; quando chegou à nova cidade para morar com uma pessoa da família, teve dificuldades para se adaptar à nova realidade. A voz de Deus passou a ser mais intensa e ela foi internada. O seu território psíquico-geográfico de chegada se desenhou junto a um hospital psiquiátrico.

Neusa passou a circular com Luz em seus longos trajetos de caminhada, direcionados pela voz de Deus e efetivados pelos passos de Luz e de sua at, no seu novo bairro de residência. Com Neusa, essas caminhadas ganharam outros elementos, outros destinos, que inscreveram na cidade e na sua nova cidadã pontos de enlaçamento, como o centro comercial, o Terminal Central do Ônibus — onde Luz realizou com a at o cadastro do cartão cidadão —, as praias e os manguezais da cidade, e o túnel que liga o bairro de sua casa ao CAPS, tornando familiar o trajeto entre esses dois pontos. Em um dos ATs pela cidade, Luz pede a Neusa que tire uma foto dela naquele cenário. Um registro, um testemunho, uma inscrição.

As caminhadas abriram espaço para que Luz confiasse à Neusa outros capítulos importantes de sua história. Luz indica que já foi manicure, e com uma intermediação inicial de Neusa, passa a frequentar um salão do bairro, aspecto que se revelaria importante diante das possibilidades de construção de um sinthoma. Em um dos encontros, Luz compartilhou com Neusa que não sabia ler, foi tirada da escola quando criança depois de ter feito um desenho proibido, e como punição não pôde mais frequentar aquele ambiente. Quando Neusa pergunta se ela gostaria de aprender, Luz afirma que Deus a ensinaria. Nesse momento do AT, Luz não adentra mais a fundo nesse significante, mas ele se revelaria importante em seu percurso. Ainda assim, Neusa escuta sobre a dificuldade de Luz em acessar alguns espaços e serviços por não conseguir traduzir os signos das letras.

Nesse primeiro ano do AT de Luz, as caminhadas junto à at desenharam outras portas de saída, a seu novo território psíquico-geográfico, portas que fizeram contorno à vivência que transbordava e pôde criar novos pontos de inscrição, testemunhados pela escuta-andante de Neusa. Nota-se que receber o encaminhamento dos casos e manifestar a intenção de acompanhá-los não inscreve por si só o AT. O AT se constrói e se consolida nos encontros, sempre artesanais e singulares. Essa clínica se constitui a partir da curiosidade que movimenta o desejo de escuta e o início da transferência, no reconhecimento de um *setting* itinerante, e a abertura ao inesperado e ao sujeito, na presença dos demais agentes que sustentam em conjunto a condução do AT. A partir desses fundamentos, promovem-se condições de sustentação aos primeiros encontros e ao fazer AT.

Após o primeiro ano do AT de Luz, houve a mudança de turma de acompanhantes terapêuticos do projeto e a passagem dos casos aos novos que chegavam. Há então a saída de Neusa e a entrada de Nico como o novo at de Luz. Isso foi trabalhado com Luz nos últimos meses de Neusa, para possibilitar uma extensão do vínculo que tinham ao at que chegasse. Nico acompanhava o projeto no semestre anterior e tinha contato com os relatos de Neusa e o AT de Luz. Isso o convocou, de alguma forma, a uma transferência com o caso. Neusa havia trabalhado com Luz sobre a sua partida e contara da chegada de outro at; a equipe do CAPS também se fez presente nessas mediações. Nico também era estagiário do CAPS, então como estratégia adotaram a ambiência e vinculação do CAPS como espaço para o primeiro encontro.

Esse primeiro encontro entre Luz e Nico foi desenhado pelo silêncio. Nico a percebeu mais calada e pouco interativa. Indica que uma das suas primeiras frases foi “*não faço mais aquilo*”, se referindo às longas caminhadas que proporcionaram, num primeiro momento, uma abertura ao AT. Completa dizendo que, agora, pouco sai de casa. Diz também à Nico que gostaria de uma at mulher. Em supervisão, Nico se apresenta frustrado e receia sobre a sua vinculação com Luz, indagando: “*ela não queria só uma at mulher, ela queria a Neusa.*”. Esse relato desvela o amor de transferência que se estabeleceu no AT, e como ele aparece no início de um novo acompanhamento. Neusa ainda representava o laço de Luz com a nova cidade, com o CAPS e com o AT, aquele capítulo de sua história. O início do percurso de Nico e Luz nos leva a refletir sobre o estabelecimento do vínculo e da transferência no AT através do projeto de extensão, especialmente nos segundos primeiros encontros, onde há pela primeira vez a mudança de at.

Sereno e Nogueira (2019) discutem esse aspecto e reconhecem que as contingências próprias de um projeto de extensão o caracterizam como “uma clínica de passagem” (p. 22). As autoras reconhecem que, diante de uma temporalidade singular — atravessada pela rotatividade anual dos estagiários, pelo calendário acadêmico e pelo tempo próprio de cada caso clínico —, a função do AT consiste na abertura a novos enlaces, à articulação e potencialização de redes de cuidado, de encontros com a cidade, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Portanto, precisam ser constantemente pactuados com os sujeitos acompanhados a cada novo início de AT (Sereno & Nogueira, 2019, p. 22). Esse é um dos impasses que se apresentam ao at no percurso de acompanhar, e que Nico precisou tomar como endereçamento e matéria de trabalho.

Nos encontros seguintes, o silêncio seguiu como protagonista. Nico sentia Luz introspectiva e desconfiada, traduziu num primeiro momento isso como uma menor abertura à vinculação entre eles e ao AT, sentia que o silêncio deixava um tensionamento no ambiente. Quando Nico fazia alguma pergunta ou interagia com Luz, havia uma grande latência no retorno, ele dizia: “*parece que ela espera a pergunta assentar*”. Dos muitos silêncios sustentados, se desenha um outro enlace, Luz declara “*você me lembra uma pessoa da minha família*”, uma pessoa por quem ela tinha muito apreço. Além desse ponto de encontro, encontram também um mesmo local de partida: ambos nasceram no mesmo estado brasileiro. Esses pontos de encontro começavam a tecer uma nova vinculação, que se tornou possível somente após os silêncios, que declaravam haver uma latência entre um percurso de AT e outro.

Nico precisou, inicialmente, sustentar que houvesse espaço para a escuta do silêncio, da saudade da at anterior e do percurso que trilharam juntas. Hermann (2008) reconhece, com base em Lacan, que afetos como amor e ódio são componentes esperados no percurso de um tratamento psicanalítico, e que o at precisa estar advertido para sustentar isso no percurso do tratamento. Escutar isso como endereçamento, dentro da direção do tratamento, proporcionou espaço para a inscrição dessa primeira experiência do AT e dos afetos que ele movimentou. Reconhecer que houve algo ali e que agora está diferente, teve alguém que agora não está mais, construiu com Luz uma temporalidade sustentada, do antes e do depois diante do tempo próprio dos afetos. Somente a partir daí foi possível um encontro-acontecimento entre Luz e Nico. Nico precisou, de forma inicial, sustentar uma presença esvaziada para o estabelecimento de uma transferência. Sustentar na transferência o espaço da tristeza e da

saudade abriu também espaço para que Luz confiasse a Nico aspectos da sua realidade psíquica que não eram compartilhados com os demais.

Em um dos encontros, Nico a acompanhou no CAPS e Luz lhe confidenciou que gostava de desenhos. A partir daí, os papéis, tintas e lápis passaram a compor também os encontros do AT, um deslizamento importante na relação de Luz com a expressão artística, com os materiais que a representavam. A transferência estabelecida possibilitou que Luz endereçasse a Nico algo de uma via desejante através dessa confidência, a relação com o desenho; que antes marcava uma desautorização dessa posição desejante e a lançava a uma posição de exclusão, e agora ganhava outros contornos. O vínculo se fortaleceu e a transferência se apresentava mais consolidada. Nos encontros que se seguiram, Luz trazia fragmentos de narrativas que passaram a ser costuradas em história.

A história de Luz havia sido marcada por muitas violências, desde a privação ao ambiente escolar até a violência doméstica, uma desautorização jurídica do seu estilo de exercer a maternidade e o falecimento de um familiar muito próximo e amado. Dois marcadores de separação marcaram para ela a entrada de Deus em seu corpo: a saída do relacionamento conjugal violento, e um procedimento cirúrgico contraceptivo. A partir daí, passou a escutar vozes, fosse de Deus ou das trevas. Seja na presença de Deus, seja na dos homens que estiveram antes em sua história, o masculino carregava um significante de invasão, algo que Luz pôde contar apenas a posteriori, através da sua formação delirante e persecutória. Os dois eventos que demarcaram a separação propiciaram espaço psíquico para que isso pudesse passar por alguma via narrativa. Luz sinalizou no primeiro encontro com Nico que gostaria de uma at mulher. Nico pode, num primeiro momento, ter passado por esse lugar, e somente aos poucos deslizou para outros.

Além da sua formação persecutória, Luz contava também que tinha um dom, o poder de curar. Perto dela as pessoas melhoravam, ganhavam saúde. Afirmou a Nico como uma promessa “*logo você vai melhorar também*”. Ainda que tivesse um dom, este a invadia ou a lançava a um lugar de sujeição, afirmava que não era uma missão, um dever. Por isso, não gostava de frequentar espaços religiosos, sentia que lá as pessoas a obrigavam a fazer coisas que não queria. Com essa narrativa, Luz nos dá notícias da possibilidade de alguns contornos que operam como separação entre ela e o Outro.

Gostava de usar roupas claras, cores da natureza, com a qual dizia ter uma forte conexão. Atribuía isso à sua conexão com Deus e ao seu dom. Em um dos encontros, Nico então acompanhou Luz ao centro da cidade, para que pudessem encontrar roupas cor da

natureza, roupas que pudessem contornar e atribuir sentido a sua vivência. A familiar com que Luz morava demonstrava não acessar essa realidade, a questionava, questionava suas roupas e suas narrativas, questionava isso a Nico também. A realidade de Luz não encontrava pares com quem pudesse estabelecer outras conexões, e isso desencadeava a intensificação de sua realidade psíquica persecutória e o seu afastamento dos laços sociais.

Nos grupos de supervisão, passou-se a discutir como alcançar a familiar de Luz no seu processo de acompanhamento, já que ela era uma das principais componentes da sua rede de cuidado e tinha pouca abertura à realidade vivenciada por Luz. Outro aspecto de atenção que se somava na condução desse AT era a reorganização da RAPS do município, que realocaria Luz a um outro CAPS de referência, junto da proximidade do fim do AT.

Em uma das saídas, Luz compartilhou com Nico que se sentia perseguida por um vizinho. Prestes a sair, o vizinho se encontrava na área externa, o que fez Luz recuar e ficar apreensiva. Nico esperou com ela, não a questionou, não invadiu o seu tempo. Luz endereçou ao at como era se sentir perseguida, invadida; a partir daí, essa vivência ganhou mais espaço de escuta. Saíram da casa quando Luz se sentiu segura. No caminho à unidade de saúde do bairro, para a administração da medicação injetável, Luz manifestou o desejo de se deslocar de ônibus, mas não sabia muito bem como usá-lo, e era difícil não saber das coisas. Nico se ofereceu para acompanhá-la, disse também que cada pessoa tinha o seu tempo de aprender. Nico não ocupou o lugar do saber, mas o de secretariá-la, de acompanhá-la no seu percurso de construção.

Em um dos últimos encontros do AT de Luz e Nico, Luz lhe disse que sua vizinha havia parado de persegui-la; disse isso em um contexto onde falava sobre o uso das suas vestimentas cor de natureza.

Quando Luz endereçava a Nico fragmentos de sua história, isso ia sendo costurado em narrativa, testemunhado e secretariado pelo at. Caminhava na construção de uma metáfora delirante que fizesse borda à percepção de Luz diante da vida e dos fenômenos, ao tempo em que caminhava também na construção do sinthoma, de novas possibilidades de laço. Seja no seu dom, que depois ganhou mais consistência na sua interação com ingredientes culinários e medicinais, seja no reencontro com a arte ou no seu novo espaço social que denominou trabalho, o salão de beleza.

A leitura dos ats de que Luz tinha outros caminhos para a vinculação com os serviços e com os agentes da equipe, consiste na escuta daquilo que há de singular em um caso acompanhado. Essa leitura favoreceu a vinculação de Luz ao território e aos equipamentos da

RAPS. Caminhou no sentido contrário à burocratização da assistência, e promoveu o encontro a outras vias de acesso e de vinculação nos serviços e espaços públicos. Essas vias somente puderam ser construídas na escuta e na tessitura singular das histórias escutadas.

A função do testemunho do at permitiu o reconhecimento e a sustentação das singularidades de Luz. O percurso de AT, desde Neusa até Nico, construiu novas portas de saída com Luz. Mesmo diante da mudança de referenciamento do CAPS e da iminente despedida do at, Neusa e Nico fizeram uma função de travessia, no deslizamento de alguns significantes, a possibilidade de novos laços e a ampliação do seu território.

No primeiro percurso com o AT, Luz empreendia longas caminhadas sem destino ou horários predefinidos. Antes, as caminhadas se apresentavam como uma determinação divina, que não só lançava Luz a longos trajetos, mas uma missão solitária e permeada por vulnerabilidades, que não ganhava outra formulação. A presença da acompanhante introduziu um contorno a esse movimento. Juntas, Luz e Neusa passaram a mapear o bairro, reconhecendo pontos de referência e lugares que ganharam significados na nova cidade.

A partir do AT, construiu-se um endereçamento, uma escuta dessa formulação, que promoveu a territorialização nessa nova cidade, a tecer novos laços, identificações, histórias, e a construção de memórias por esse novo território, testemunhadas pelos ats. Construiu-se um percurso residência-CAPS, que fortalecia o laço também com o CAPS. A escuta andante, com o corpo, se apresentou como questão central. As andanças consistiram em uma ferramenta para reconhecimento e ampliação do seu novo território psíquico-geográfico. O AT secretariou e testemunhou essa itinerância que possibilitou à Luz uma inscrição nesse novo território.

Com Nico, o ponto de partida se deu a partir de uma posição mais identificada com a tristeza; a sustentação desse tempo-vivência abriu espaço para uma outra construção narrativa, agora sobre o delírio-realidade de Luz, uma produção de sentido de Luz acerca de sua vivência, algo que até então se encontrava em latência. No segundo tempo do AT, houve espaço para a tristeza, para a saudade, para as despedidas. Somente a partir daí houve espaço para o estabelecimento de novos vínculos, apesar das despedidas. Isso possibilitou tempo para uma demarcação de experiência, e para a criação de um saber-fazer.

Entre as portas de saída encontradas, os novos caminhos apontaram para o seu apreço pelas roupas cor de natureza, que a contornavam e permitiam que se sentisse mais segura em circular pelos espaços públicos. Apontaram para o dom de curar, que pode ser traduzido em ações como cozinhar para alguém querido ou na sua inclusão na oficina de horta e chás

oferecida pelo CAPS. O reencontro com o desenho, com o papel e os lápis, retomou uma posição desejante, que havia sido então desautorizada e demarcada como exclusão. A retomada da sua aptidão e do seu gosto pelos salões de beleza se consolidou com o tempo em um dos locais que Luz mais gostava de frequentar, e onde estabeleceu outros vínculos de amizade para além dos serviços da RAPS. A aposta no acompanhamento, deu abertura para a reaproximação com a unidade de saúde do bairro, e para a construção de vínculo com outros profissionais.

Os dois tempos do AT de Luz também nos fazem reconhecer que não somente cada percurso de AT é singular, mas também cada at. Portanto, o estabelecimento de cada vínculo transferencial será sempre único, estético e singular. Trata-se de uma aposta, é necessário que o at seja advertido disso porque há ali um grande investimento para que se desenvolva um endereçamento. De início esse investimento parte do at, colocando em jogo o desejo de acompanhar. Um percurso que nos auxilia, de alguma forma, a escutar a conjunção entre tempo e artesanaria, aspectos inseparáveis no fazer AT, salientando também que só se pode chegar a alguns lugares tendo antes passado por outros.

8. Conclusões

A experiência da pesquisa mobilizou questões que se apresentam como um desafio contemporâneo na atenção em saúde mental: como tecer territórios antimanicomiais e redes vivas em meio ao sucateamento das políticas públicas, sem responder a partir de uma lógica neoliberal que individualiza responsabilidades? Os serviços de AT vinculados à extensão universitária são também atravessados por esses desafios. Retomamos então a provocação de Palombini (2018) a respeito da necessidade em escutar as redes, como uma responsabilidade inerente a esse dispositivo. Reconhecer a posição privilegiada do entre lugares que o AT ocupa nessa montagem, também nos remete à reflexão de Debieux acerca de uma psicanálise que se volta ao laço social. Conflui-se aí os contornos desse dispositivo clínico-político através da escuta psicanalítica e da extensão universitária.

Em Florianópolis, o projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade” apresenta-se fundamentado em uma epistemologia psicanalítica e antimanicomial. Nos percursos dos ats isso mostrou-se presente na escuta do sujeito e do laço social, direcionando-se também ao plano discursivo, reconhecendo discursos hegemônicos que alienam e promovem processos de exclusão. A partir dessas leituras, tornou-se possível intervenções que tivessem como direcionamento o deslocamento dos significantes associados à loucura e ao despertencimento social.

Ao sustentar a verdade do sujeito nos espaços da cidade, promoveu-se produções subjetivas singulares, por meio da interlocução entre pares e de uma condução clínica que visasse uma posição desejante ao acompanhado. Viabilizou-se enlaçamentos e identificações outras que não a partir dos significantes da loucura e da exclusão, tensionando aberturas para a alteridade nos espaços de circulação dos acompanhados, ao tempo em que pode também pôr em movimento a articulação entre serviços.

Sua dimensão política permeou a escuta e a análise das contingências que produzem uma loucura adoecida, ligada a um contexto social, apontando vestígios de uma cultura excludente e violenta com as diferenças, de um estado ocidental, capitalista e neoliberal, reconhecendo o adoecimento psíquico como também um de seus efeitos. Dessa forma, se fez político, porque também desprivatiza a “portabilidade desta marca” (Mayorca e Barros, 2019, p. 75).

A insistência em uma escuta em outro tempo, o tempo do sujeito e a verdade que o habita, costuraram amarrações únicas que favoreceram outras inscrições no laço social e a

construção de *sinthoma*. O que confere ao AT uma estética única na invenção de percursos não só de tratamento, mas de vida. Isso nos revela os contornos que o AT ganha a partir do método psicanalítico e da clínica das psicoses.

A sustentação desse tempo-vivência abriu espaço para outras construções narrativas e produções de sentido na vivência do sujeito acompanhado. Sustentar no AT um tempo que descompassa do tempo da urgência, possibilitou espaço para a tristeza, para a saudade, para as despedidas, o que abriu caminho para o encontro de novos significantes que possibilitaram o estabelecimento de novos vínculos. Possibilitou uma demarcação de experiência e a criação de um saber-fazer. Isso porquê, os ats puderam escutar dessa relação com o Outro e, numa posição menos prescritiva em relação ao saber, possibilitaram aos sujeitos a integração do saber próprio que lhes habitam. O AT através da clínica das psicoses secretariou e testemunhou acontecimentos que possibilitaram aos acompanhados novas portas de saída.

A partir da transferência, os acompanhados endereçaram aos ats fragmentos de sua história, possibilitando que isso fosse testemunhado, secretariado, e costurado em narrativa, proporcionando deslocamentos nos significantes que geravam intenso sofrimento psíquico. Ao passo em que o percurso seguia, caminhou-se na construção de uma metáfora delirante que fizesse borda diante de um Outro tão invasivo, que desencadeava uma vivência persecutória. Assim pode-se abrir espaço a um saber-fazer, através da construção do *sinthoma*, de novos enlances entre pares e na relação com o Outro, refletindo em desdobramos do tratamento como a reaproximação com a unidade de saúde do bairro, a construção de vínculo com outros profissionais e com outros espaços de pertencimento no território.

As experiências dos diferentes ats e ATS nos mostram do caráter estético único que cada encontro evoca, mas que para isso se faz necessário o cuidado no processo de transição de cada AT. Aspecto que se revela característico do AT através da extensão universitária. Relembremos desse cuidado no projeto de extensão através do fortalecimento da transferência entre acompanhado e CAPS, com o próprio projeto de extensão e com demais agentes do território. Além disso, destacou-se a imprescindível habilidade do at que chega em perseverar e apostar na construção de um novo caminho quando há essa transição. Pois é somente atravessando esse tempo que se abrem-se novas possibilidades clínicas e transferenciais. Como ressaltamos no último capítulo, o estabelecimento de cada vínculo transferencial será sempre único, estético e singular.

O AT através de uma perspectiva psicanalítica e antimanicomial, potencializou a construção de um percurso clínico singular a cada sujeito acompanhado. A condução clínica

no AT proporcionou um olhar singular aos sujeitos acompanhados e às suas narrativas, numa aposta ao sujeito do inconsciente, viabilizando que seu enlace fosse construído a partir de seus percursos singulares, numa temporalidade própria, colhendo seus efeitos, muitas vezes *a posteriori*.

Portanto, este método contribuiu para o acompanhamento dos sujeitos que não se vinculam aos métodos tradicionais de tratamento em saúde mental, porque se propôs a uma construção singular junto ao sujeito sobre o seu processo de cuidado e sobre o seu processo de vida (Fantin, 2017; Lobo et al., 2021).

Em um território ainda com fortes heranças manicomiais, o percurso dos ats junto aos acompanhados ressaltou a temática da internação ainda muito presente no repertório de cuidados com a crise. Diante dessa realidade, a aposta em outras estratégias de articulação, como a busca por outros destinos ao sofrimento agudo e a construção de novos caminhos ao diálogo entre serviços, evidenciou o AT como facilitador de intervenções ético-estético-políticas. Contribuiu também ao fortalecimento das políticas públicas de saúde mental e da reforma psiquiátrica no território geográfico em que está inserido, o que promove a descontinuidade do fenômeno da porta-giratória nos espaços de internação.

Desse modo, percebemos que o processo da reforma psiquiátrica não consiste em uma linearidade progressiva, ordenada cronologicamente, mas se faz presente no fortalecimento, na ampliação e na defesa de práticas que fortaleçam a Rede e sustentem o aparecimento de um sujeito de direitos e de desejo, apontando a cidadania e a coletividade como pilares essenciais desse trajeto.

O AT encontra na área de saber e de atuação da Saúde Mental o seu ponto de partida; área que, por sua vez, é atravessada por lutas epistemológicas, impasses e descontinuidades no direcionamento da PNSM e suas políticas públicas. Em determinados momentos, observa-se o fortalecimento do cuidado em liberdade; em outros, prevalece a perspectiva centralizada na atenção hospitalar, no saber psiquiátrico, no afastamento do território, ou seja, na reedição de práticas manicomiais. Diante disso, para seguir em compromisso com a RPB na atualidade, faz-se necessário o compromisso do AT com uma clínica ampliada, que reconheça a escuta do sujeito como aspecto propulsor desse processo, apostando em processos inventivos nas práticas de cuidado; e que, para além do fortalecimento e ampliação dos equipamentos da RAPS, caminhe também no sentido de reconhecer e fortalecer os dispositivos instituintes que a escutam e a tensionam ao movimento.

Isso não se dá somente com a garantia jurídica da sua efetivação, mas também com o fortalecimento de estratégias micropolíticas que garantam a sustentação do cuidado um a um (Alves et al., 2021). É nesse campo das estratégias micropolíticas que o AT se apresentou como dispositivo clínico-político, pois escuta o sujeito em seu percurso, em sua trajetória pela rede de saúde mental, e, portanto, acompanha também a RPB enquanto processo.

Um movimento interessante que denota essa observação aconteceu pouco tempo depois do encerramento da pesquisa; por isso, trago-o como nota nesta conclusão. O projeto enfrentaria um hiato de um ano, e diante dessa realidade, as supervisoras do CAPS manifestaram o desejo de seguir com o AT, demonstrando a relevância que o dispositivo adquiriu aos acompanhados e ao próprio equipamento. Esse dado revela um efeito micropolítico do AT através da extensão na RAPS, o de mobilizar uma rede viva, aquecida e rizomática.

Assim, assumir um compromisso com a RPB na atualidade implica, além da defesa pelos direitos conquistados, em sustentar uma clínica ampliada e práticas inventivas de cuidado, sem que com isso se perca a dimensão clínica da escuta e do cuidado singular. Isso contribui ao fortalecimento da RAPS enquanto campo de cidadania e coletividade, mas também enquanto espaço de recepção e de pertencimento às diferenças.

A pesquisa mobilizou também reflexões a respeito da não implementação do AT nas políticas públicas de saúde mental. A partir da pesquisa e do diálogo com os autores aqui citados, reconhecemos simultaneamente fragilidades e potencialidades nos caminhos que se seguem dessa realidade. O AT se trata de uma tecnologia de cuidado que demanda investimento de tempo, tempo para formações direcionadas a essa prática, tempo de escuta, tempo de acompanhar o sujeito, tempo de um profissional que não absorve um grande número de demandas em um curto tempo cronológico, tempo que é escasso hoje nas políticas públicas.

A capacidade de absorção do projeto, de oito casos acompanhados, e a vinculação com apenas um CAPS do município nos ressaltaram algumas dessas fragilidades. A ausência da sua efetivação como política pública restringe consideravelmente o acesso da população a esse serviço; sua efetivação depende de iniciativas territoriais — não raro concentradas em grandes centros, como capitais ou cidades universitárias — e alcança um número reduzido de possíveis acompanhados, além de não chegar às populações interioranas.

A pesquisa evidenciou que as solicitações recebidas pelos CAPS se apresentam em um fluxo superior à capacidade de absorção do projeto de extensão. Há ainda no município

unidades de CAPS que não contam com a vinculação do projeto AT, como o CAPS álcool e outras drogas, o CAPS infanto-juvenil e o CAPS III. É necessário ressaltar que há, hoje, uma demanda reprimida sem expectativa de absorção.

Na pesquisa, constatou-se que o AT contribui para o fortalecimento do cuidado em território, para a articulação de redes, e para o alcance de sujeitos que não se vinculam aos métodos tradicionais de tratamento hoje vigentes, por tanto, a sua ausência nas políticas públicas de saúde mental acarreta em uma grande perda à PNSM. Enquanto essas iniciativas não partem do Sistema Único de Saúde, não ficam cobertas pelo seu primeiro princípio fundamental, o do direito ao acesso à saúde, e por parte do Estado, à estruturação de serviços de referência para esse fim. Esse dado pôde ser observado no recorte do diário de experiência, em que as solicitações de casos a serem acompanhados ultrapassaram os limites operacionais do projeto de extensão.

Diante disso, o que foi possível ao AT através da extensão, foi a sustentação de um acompanhamento em outro tempo, escutando inclusive o que isso comunicava a respeito das políticas de saúde mental e da RPB na atualidade, e a articulação entre serviços da Rede, favorecendo que os efeitos micropolíticos reverberassem mesmo depois, na ausência do AT. Ação que foi possível, justamente, pelo projeto estar em uma posição de entre-lugares, um lugar de borda, o que, como destacam os autores Palombini (2007), Hermann (2008), Sereno (2018) e Metzger (2021), possibilita uma escuta privilegiada do sujeito, da família, da comunidade, dos serviços e da própria RPB enquanto processo.

Palombini (2018) reconhece essa posição de entre-lugares como estratégica para uma condução clínica não subordinada a metas e protocolos institucionalizados. Esse lugar de borda assegurou ao AT através da extensão a itinerância junto ao sujeito e a sustentação do seu tempo subjetivo, viabilizando uma leitura clínica extramuros institucionais. Ao não estar enredado na exigência de absorver um número elevado de demandas, submetido a metas de produtividade e à escassez do tempo, o AT preservou uma autonomia que lhe permitiu circular entre serviços, criar articulações, tensionar os processos de Referência e Contra-referência, acompanhar o sujeito em seus percursos psíquicos e geográficos, abrindo, através das andanças itinerantes, espaço para outras temporalidades, enlaces na Rede e para a clínica do sujeito no cotidiano. É nesse movimento que se efetiva aquilo que o AT possui de mais singular e potente: as tessituras artesanais que se produzem na contramão de um cuidado serializado.

Portanto, a presença do AT na Rede, seja através de políticas públicas, da sua aproximação com a extensão universitária, ou por outros meios, demonstra potencialidades e fragilidades que não necessariamente se anulam. O meio por onde o AT se insere, atribui ao dispositivo contornos únicos, e para que seja possível conhecê-los em profundidade, faz-se necessária a continuidade de pesquisas que se debruçam a esse fim.

A respeito do AT através do contexto universitário, Araújo (2007) destaca como ressalva o cuidado com a sistematização e academização excessiva do dispositivo, para que a prática não incorpore um tom unicamente acadêmico, e que não perca aquilo que, desde a figura do Voluntário, em Trieste, Itália, até o Amigo Qualificado, na Argentina, caracterizou a sua dimensão política, o Estar-Junto. Alerta para que não seja investido na figura do AT um especialista da loucura ou um clínico ortodoxo, mas se preserve a busca pela transversalidade dos saberes que valorizam o sujeito, os encontros e as coletividades.

No percurso desta pesquisa, percebemos que o AT através da extensão universitária de cursos de Psicologia traz uma fundamentação comprometida com a defesa dos direitos e da cidadania, com a realidade social, com as políticas públicas, com os direitos humanos e com os princípios do cuidado em liberdade, preservando o aspecto político dessa prática. Além disso, ao articular ensino, pesquisa e extensão, a formação se abre à construção de uma psicologia brasileira e de profissionais atentos às questões contemporâneas e às necessidades do território.

Mesmo que em primeira instância a Universidade atue como discurso regulador, ela confere ao projeto de extensão autonomia, o que lhe garante autonomia em sua composição, seja na inter-relação com o território, com a cultura e com a rede própria de cada localidade. Esse formato da formação em psicologia, acrescida do compromisso da extensão universitária com a sociedade e com os problemas do contemporâneo, promove uma base de formação política e social ao estudante, convocando-o a uma posição de enfrentamento diante das negligências e violências que permeiam as histórias dos sujeitos acompanhados.

Constatou-se através dos fragmentos do diário de experiência que a presença do AT na Rede através da extensão, tensiona a necropolítica e afirma o direito à cidadania, à dignidade e defende uma Política Nacional de Saúde Mental que assegure o cuidado em liberdade. Esses enfrentamentos, entretanto, geram tensões no corpo e na subjetividade do at. Diante dessa realidade, o espaço de supervisão grupal da extensão exerceu papel fundamental de contenção e cuidado. O espaço da supervisão coletiva revelou-se essencial para que se fizesse possível o AT com os contornos citados. Pois, além da supervisão clínica e dos

conceitos abordados, favoreceu um espaço de acolhimento e aprendizado entre pares, propiciando a sustentação das angústias que se apresentam diante de cenários permeados por negligências e violências. Neste espaço de aprendizado coletivo, a dimensão do não-saber foi acolhida e tomada como motor ao desejo de acompanhar, garantindo continuidade ao percurso formativo. Apresentou-se, como enfatiza Metzger (2021), fundamental na articulação do universal dos conceitos ao singular da escuta clínica, o que favorece a dimensão inventiva do AT.

O espaço da supervisão também se configurou como um espaço de aprendizagem da articulação de redes e da condução clínica dos casos acompanhados. Esse aprendizado se deu pela circulação entre diferentes serviços que faziam parte da realidade do acompanhado, pela necessidade de costurar conectivos e mediações que permitissem aproximar sujeito, equipe e instituições. Isso porquê na supervisão, enfatizou-se que at não faz no lugar do acompanhado, mas conecta as pontas para que o acompanhado, a equipe e os serviços possam dialogar, se acessar mais de perto, de modo que o sujeito fosse assistido e desenvolvesse maior autonomia no seu processo de vida.

Através desse recurso, os ats puderam aprender a escutar de outra forma o que o acompanhado lhes endereçavam como demanda, como uma possibilidade de criação a novos conectivos. Ressaltou-se que a atenção-corpo flutuante do at, quando se voltada à escuta do sujeito e à escuta a rede, pode criar encontros, acontecimentos, desenhando assim outros destinos que levam o sujeito em direção ao seu desejo, e aos seus direitos. A partir dessa escuta se tornou possível o vislumbre de conectivos que tecem outras possibilidades de cuidado e de encontro entre o sujeito, as redes, e a cidade. Um processo que não acontece através de burocratizações institucionalizadas, mas da aposta na invenção como abertura a novos destinos.

Enquanto parte de uma equipe, o AT precisou sustentar a existência de um sujeito de desejo, de um tempo que se diferencia do tempo cronológico ou do tempo de urgência, para voltar-se ao tempo da urgência subjetiva. Precisou também fortalecer a comunicação com os demais agentes da Rede, estabelecendo diálogos a respeito do percurso do AT, de hipóteses diagnósticas, discussões de PTS e argumentações diante de intervenções que pudessem desencadear alguma desorganização psíquica aos acompanhados. Reconhecendo junto da equipe que cada acompanhado tem uma história, o seu funcionamento psíquico próprio e constitui enlaçamentos, significações e percursos únicos. Isso favoreceu que essa construção

de um percurso de cuidado com contornos singulares a cada sujeito acompanhado fosse sustentada não somente pelo AT, mas pela equipe.

Uma ação que exige do at um grande investimento, seja em mapear agentes que compõem a Rede e que toquem essa construção em conjunto, ou em lutar pelo direito ao cuidado em liberdade mesmo quando essa jornada apresenta, em alguns momentos, uma certa solidão. Os achados da pesquisa indicam que esse investimento do at se fortalece nas supervisões grupais inseridas no projeto de extensão, portanto, consideramos que a formação acadêmica contribuiu com esse aspecto. Nesse formato, o AT desacomodou processos cristalizados das instituições e as práticas sedimentadas pelo tempo e pelas barreiras burocráticas, além de configurar uma qualificação da Rede, através da escuta e das articulações entre o sujeito as redes e o território. O agrupamento de pares comprometidos com as políticas públicas e com a luta por direitos demonstraram proporcionar ao AT espessura ética e política no seu exercício.

O AT através da extensão universitária mostrou-se alinhado aos princípios da RPB, da Política Nacional de Humanização (PNH), e da RAPS, quando promove o cuidado em liberdade, perpetua o cuidado em redes de atenção, promove o protagonismo do usuário no percurso do seu tratamento e articula uma clínica ampliada, contribuindo também para a promoção de saúde e com a coletividade nas cidades. Essa composição que constituiu a experiência do AT apresentada nesta pesquisa diz respeito também à formação de profissionais implicados com os pressupostos da reforma psiquiátrica e com a construção de territórios plurais. O AT através da extensão universitária, portanto, contribui para a formação de psicólogos implicados com as políticas públicas de saúde mental e com cuidado em liberdade, e que levarão posteriormente essa bagagem para a sua atuação profissional. Pudemos perceber que o AT através da extensão universitária tem o seu aspecto clínico e político potencializado, e que seus efeitos se desdobram para além da ação do at.

Por fim, a pesquisa ressaltou a responsabilidade ética que concerne tanto à universidade quanto à psicanálise quanto nesse formato de AT, como a luta para que o espaço público seja um lugar de encontro entre as alteridades; que aqueles que destoam de uma normalidade psíquica sejam escutados em sua singularidade; com a escuta das contingências sociais e culturais que atravessam a história do sujeito e da Rede. Isso não consiste em uma responsabilidade exclusiva do AT, mas em responsabilidades compartilhadas, ainda assim, destaca-se o papel micropolítico nessa construção.

Os efeitos disso através de uma escuta-andante pelo espaço público movimenta também os significantes da loucura (Palombini, 2007). Diante de um pacto manicomial que encurta as narrativas e suprime sintomas atribuídos à loucura, sustentar que o sujeito construa o seu percurso e a sua verdade consiste em um posicionamento ético e político que caracteriza uma ação micropolítica hoje na reforma psiquiátrica; e portanto, uma prática clínico-política, voltada ao sujeito e ao laço social.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. (2020). *Nota contra a proposta de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial apresentada pelo Ministério da Saúde*. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-contra-a-proposta-de-desmonte-da-rede-de-atencao-psicossocial-apresentada-pelo-ministerio-da-saude/54848/>.
- Acioli Neto, M. D. L., & Amarante, P. D. D. C. (2013). O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33, 964-975. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>.
- Alves, L. O., Bloss, G. M., & Marsillac, A. L. M. (2021), A clínica psicanalítica no Acompanhamento Terapêutico: Experiência, escrita e transmissão. *Jornal de Psicanálise*, 54(101), 89-104. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352021000200007
- Alves, L. O., & Marsillac, A. L. M. de. (2022). Políticas do método: pesquisa entre psicanálise e arte. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 29(1), 85-105. Recuperado de: <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2022-sppa-revdepsicanalise-v29-n1-7.pdf>
- Amarante, P. (2011). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araujo, F. (2007). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Rio de Janeiro: Fábio Araújo.
- Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, Â. M. da S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. de. (2016). O cuidado em saúde mental no Brasil: Uma leitura a partir dos dispositivos de

biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, 40(108), 178–189.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

Bazhuni, N. F. N. (2010). *Acompanhamento terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo.

Belloc, M. M., Cabral, K. V., Palombini, A. de L., Oliveira, R. W. de, & Tinoco, S. G. (Orgs.). (2017). *Além dos muros: Acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos* (1ª ed.) [Recurso eletrônico]. Rede UNIDA.

Bertolini, J. (2018). O conceito de biopoder em Foucault: Apontamentos bibliográficos. *Saberes*, 18(3), 86–100. <https://doi.org/10.21680/1984-3879.2018v18n3ID15937>

Bezerra, D. S. (2008). *O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia]. UERJ.

Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326. Recuperado de <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n16/a07v9n16.pdf>>

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

Brasil. (2004). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. (2004). *Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004: Institui as Diretrizes Curriculares*

Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Ministério da Educação.

Recuperado de: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf>

Brasil. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de:

<https://conselho.saude.gov.br/images/4_CNSM.pdf>

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação

Superior. (2023). *Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023: Institui as*

Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, 201(1), 55. Recuperado de:

<https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=252621-rces001-23&category_slug=outubro-2023-pdf&Itemid=30192>

Cabral, K. V. (2017). Apresentação além dos muros. In M. M. Belloc, K. V. Cabral, A. L.

Palombini, R. W. Oliveira, & S. G. Tinoco (Eds.), *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos* (pp. 09-18).

Porto Alegre: Rede Unida.

Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada — sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98–111. Recuperado de:

<<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54709590/rosana2001clinicaapalavranegada-li>

bre.pdf?1507907927=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRosana2001clinicaapalavranegada.pdf&Expires=1769289307&Signature=Hg6YUdAbOOsi6hJYqltlu-U3vWSnXIDMBkRk1C1SFF8ILCBu1yu3YlusxvqkakZ96r8~EERDi7foNzB-L3GwRWG6dRNoDVyEV~PDpU7el8usXwOP-VH5tvf6hhFVeGQ-NnsOlfAlxqSTN~CMF6~G8T40KLOioF~1yzMRpa3AyavxzCsWdYLwo-oyRgGBA1rkK1JfKJsYYQ1XqQa~q~hM~M4khCTAYP7ezijVbVm2QvT5nh8kxz1sWbdpQWOqL8a1wVr1xNrLf8Uy40o8GmKOZNWNjHZwAqF9oLZJ4FbXakLkwgGW4ab1vaXLtP8FIhDh8QbzdaL1UhwqOH2fSzPfA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>

Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

Cury, B. de M., & Neto, J. L. F. (2014). Do currículo mínimo às diretrizes curriculares: Os estágios na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 20(3), 494–512.
<https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014V20N3P494>

Daniel, C., & de Souza, M. (2006). Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: Depressão e modernidade. *Psicologia em Revista*, 12(20), 117–130.

Desviat, M. (2015). *A Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, 2 ed.

Diário Oficial da União. (2018, 19 de dezembro). *Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018: Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) 2014–2024*. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Recuperado de:

<https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/558778

08≥

Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito* (3ª ed.). Jorge Zahar.

Fantin, A. D. (2017). *O acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo para a psicanálise no campo da saúde mental*. (Dissertação de mestrado em Psicologia).

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Recuperado de:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/182722?show=full>>

Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (2000). *Doença mental e Psicologia*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

FORPROEX - Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras.

(2012). Manaus AM. 2012. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Recuperado de:

<<https://www.ufmg.br/proex/renex/images/documentos/2012-07-13-Politica-Nacional-de-Extensao.pdf>>

Freud, S. (1911/2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos* (pp. 13-104). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).

- Freud, S. (1912/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12, pp. 109–119). Companhia das Letras, 2010. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (1915/2010). O inconsciente. In *Obras completas* (Vol. 12, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914–1916)*, P. C. de Souza, Trad., pp. 74-112). Companhia das Letras.
- Freud, S. (1911/2023). Recordar, repetir e elaborar (1914). In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 11, pp. 146-158). Companhia das Letras. (Original publicado em 1911).
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gurski, R. (2019). A escuta-flânerie como efeito ético-metodológico do encontro entre psicanálise e socioeducação. *Tempo Psicanalítico*, 51(2), 166–194. Recuperado de: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382019000200009>
- Hermann, M. C. (2008). *Acompanhamento terapêutico e a psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Jorge, M. A. C. (2008). *Fundamentos da psicanálise: De Freud a Lacan*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- LAPCIP. *Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade*. Recuperado de: <<https://lapcip.paginas.ufsc.br/acompanhamento-terapeutico-clinica-e-criacao-na-cidade/>>.

- Lacan, J. (1955–1956/1988). *O seminário – livro 3: as psicoses*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1955–1956).
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1957–1958).
- Lacan, J. (1966/2006). *Escritos*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-70)*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1969-1970)
- Lacan, J. (1974-1975/2007a). *O seminário, livro 22: RSI*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1974-1975)
- Lacan, J. (1975-1976/2007b). *O seminário, livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1975-1976)
- Lacan, J. (1964/2008). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. 3.^a ed. São Paulo: Hucitec.
- Lobo, J. P., Bueno, P. E., & Marsillac, A. L. M. (2021). *Acompanhamento terapêutico: Dispositivo de fortalecimento do cuidado em liberdade*. In Anais do XIII Encontro Catarinense de Saúde Mental. Recuperado de: <https://proceedings.science/ecsm-2021/papers/acompanhamento-terapeutico--dispositivo-de-fortalecimento-do-cuidado-em-liberdade->>
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(39),

1145–1157. Recuperado de:

<<https://www.scielo.br/j/icse/a/JGyGLHqrCQjVFNL8Qm9CjHJ>>.

Mayorca, D. S., & Barros, A. F. O. (2019). Efeitos psicossociais da violência de Estado e a operação clínica do direito à reparação. In M. L. G. Lopedote et al. (Eds.), *Corpos que sofrem: como lidar com os efeitos psicossociais da violência?* (pp. 69-79). Editora Elefante.

Marsillac, A. L. M., Fantin, A., Fayad, D., Pereira, E. S., Amorin, G., Vianna, I., ... & Martins, R. P. (2018). Contribuições da psicanálise ao acompanhamento terapêutico: Alguns apontamentos para a formação clínica do psicólogo. *Psicologia em Revista*, 24(2), 559-576. Recuperado de:
<https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200011>

Marsillac, A. L. M.; Guimarães, B. F.; Lange, M. D. B. (2022). Acompanhamento Terapêutico na Clínica das Psicoses: Invenção e Psicanálise. In: Matos, M.; Marsillac, A.L.M.; Oliveira, F. T. (Orgs.). *Arte, saúde e criatividade: diálogos clínicos e interdisciplinares* (pp. 71-85). Porto: Publicações Fundação Fernando Pessoa.
Recuperado de:
<https://lapcip.paginas.ufsc.br/files/2022/12/ebook_ArteSau%CC%81de-e-Criatividade.pdf>.

Metzger, C. (2021). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise* (1ª ed., 3ª reimpr.). Editora Aller.

Ministério da Saúde (Brasil). (2017). *PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017: Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017,*

para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Recuperado de:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11–24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

Pasini, V. L. (2019). Déjà vu... Onde eu já ouvi esta narrativa? Quem pronunciou? In A. de L. Palombini, V. L. Pasini, A. C. Brondani, S. Z. Guerra, & D. D. Ecker (Orgs.), *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: Rede de conversações* (1ª ed., pp. 47–51). Porto Alegre: Rede Unida.

Palombini, A. D. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na Reforma Psiquiátrica* [Tese de doutorado]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Palombini, A., Krug, J. C., & Oliveira, R. W. (2017). Tecendo redes: modos de habitar a cidade. In M. M. Belloc, K. V. Cabral, A. L. Palombini, R. W. Oliveira, & S. G. Tinoco (Eds.), *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos* (pp. 41-48). Porto Alegre: Rede Unida.

Palombini, A. de L. (2019). Escuta, rede, tardança e roda. In A. de L. Palombini, V. L. Pasini, A. C. Brondani, S. Z. Guerra, & D. D. Ecker (Orgs.), *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: Rede de conversações* (1ª ed., pp. 81–88). Porto Alegre: Rede Unida.

- Palombini, A. de L., Pasini, V. L., Brondani, A. C., Guerra, S. Z., & Ecker, D. D. (Orgs.). (2019). *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: Rede de conversações* (1ª ed.). Porto Alegre: Rede Unida.
- Palombini, A. de L., Pasini, V. L., & Ecker, D. D. (Orgs.). (2022). *Linhas do tempo: Acompanhamento terapêutico na rede pública* (1ª ed.). Porto Alegre: Rede Unida.
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: A saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035–1043. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>
- Pereira, F.M., & Pereira Neto, A. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre o seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 19-27. Recuperado de: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/4xwr4p3tC9DjRTvW75X9Dkh/?format=pdf&lang=pt>>
- Poli, M. C. (2005). Pesquisa em Psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 29, 42-47. Recuperado de: <<https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista29.pdf>>
- Prado, C. E. D. A., Anjos, F. M. D., & Estevão, I. R. (2021). A presença do analista: Lugar e função do corpo do psicanalista em diferentes contextos de atuação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 24, 21-29. <https://doi.org/10.1590/1809-44142021002007>.
- Quinet, A. (2003). *A descoberta do inconsciente: Do desejo ao sintoma* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2015). *Édipo ao pé da letra: Fragmentos de tragédia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- Reis Neto, R. D. O., Teixeira Pinto, A. C., & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento terapêutico: História, clínica e saber. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 30-39.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>.
- Ribeiro, T. D. C. C. (2002). Acompanhar é uma barra: Considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22, 78-87.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200010>.
- Ribeiro Costa, C. A., & Freire, A. B. (2010). Lacan, secretário do alienado. *Mental*, 8(14), 65-91. Recuperado de: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-4427201000100005>
- Rodrigues, A. C., Costa, C. A. R., Silva, M. E. A., & Silva, E. P. (2005). Psicanálise, saber e conhecimento. *Revista do Departamento de Psicologia — UFF*, 17(2), 99–108.
<https://doi.org/10.1590/S0104-80232005000200009>.
- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: A utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22, 180-188. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100021>.
- Rosa, M. D. (2012). Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (jul. 2011/ju 2012). Recuperado de: <<http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista41.pdf>>

- Rosa, M. D. (2015). *Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Secretaria Estadual de Saúde. (2014). Resolução n. 233 de 12 de maio de 2014 - CIB/RS. *Institui dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família*. Rio Grande do Sul. Recuperado de: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110112-1400262770-cibr233-14.pdf>>
- Silva, A. C. (2019). *Sobre a Psicanálise e seu campo: Encontros e desencontros com a pesquisa na Universidade*. Recuperado de: <<https://anais.unicentro.br/cis/pdf/iv1n1/79.pdf>>.
- Sereno, D. (2012). Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT). *Psicologia Revista*, 21(2), 217-232. Recuperado de: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/15135>>
- Sereno, D. (2018). *O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade - a cena no AT*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Sereno, D. (2019). Tempo, andança e desejo. In A. de L. Palombini, V. L. Pasini, A. C. Brondani, S. Z. Guerra, & D. D. Ecker (Orgs.), *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: Rede de conversações* (1ª ed., pp. 101–108). Porto Alegre: Rede Unida.

- Sereno, D., Nogueira, O. M. (2019). CASO UM: Sobre excessos - O Giramundo oficinas e redem em saúde mental. In: Palombini, A. L., Pasini, V. L., Ecker, D. D. (2019). *Acompanhamento Terapêutico, universidade e políticas públicas em rede*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Shimoguri, A. F. D. T., & Costa-Rosa, A. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: Efeitos do modo capitalista de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(3), 389–395. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160123>
- Sousa, E. L. A. (2000). A vida entre parênteses: O caso clínico como ficção. *Psicologia Clínica*, 12(1), 11–19. Recuperado de: <https://psicanalisepolitica.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/a-vida-entre-parc3aanteses-o-caso-clc3adnico-como-ficc3a7c3a3o.pdf>
- Vedana, K. G. G., Souza, J. de, Rodrigues, J., & de Souza, I. J. (2024). Reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil a partir de marcos históricos e legislativos [Reflections about mental health policies in Brazil from historical and legislative landmarks]. *Research, Society and Development*, 13(1), e7913144653. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44653>
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78-80), 27–37. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-514309>

APÊNDICES

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Acompanhamento Terapêutico: Dispositivo clínico-político na articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial, a cidade, e os sujeitos acompanhados.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar o Acompanhamento Terapêutico, sustentado pela psicanálise, na direção do tratamento da clínica das psicoses. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Psicanálise, Processos Criativos e Interação Política, e coordenada pela pesquisadora Monique Cristina Henares Batista, que se compromete a seguir a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: a pesquisadora irá participar, ao longo de um semestre, dos grupos de supervisões semanais no projeto de extensão Acompanhamento Terapêutico: Clínica e criação na cidade, e irá registrar em diário de campo alguns fragmentos das narrativas presentes que possam proporcionar alguma reflexão sobre esse dispositivo clínico. Esse registro em diário de campo seguirá um cuidado ético e sigiloso sobre a não publicação dos nomes dos participantes, ou a divulgação de dados e fragmentos que possam comprometer ou expor de alguma forma os participantes.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da sua participação na pesquisa são o de se sentir constrangido na exposição de suas reflexões, de ter fragmentos da sua fala registrados no diário de campo da pesquisadora, e de sentir-se incomodado com a presença

desta nos grupos de supervisão. De modo a minimizar ou evitar tais riscos e/ou desconfortos, a pesquisadora se compromete a investir na construção de um vínculo de confiança com os participantes do grupo, também vinculados ao estudo da psicanálise e da atenção em saúde mental. Compromete-se também a contribuir com as supervisões por meio de partilhas sobre a experiência profissional na área e dos estudos realizados ao longo da pesquisa que possam contribuir com a temática estudada pelo grupo; a não registrar o nome por extenso dos participantes em suas notas no diário de campo; e ao não julgamento moral diante dos conteúdos escutados. Em caso de algum dano psíquico decorrente da participação da pesquisadora no grupo de supervisão, a pesquisadora se compromete a realizar encaminhamento ao serviço de psicologia da UFSC (SAPSI). A quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, deve ser considerada. Contudo, pretendemos garantir a manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases desta pesquisa, por meio da anonimização dos dados.

A participação na pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribui para a continuidade das pesquisas em saúde mental que caminham junto à reforma psiquiátrica brasileira e ao estudo sobre o dispositivo clínico Acompanhamento Terapêutico. Além disso, também poderá contribuir para o desenvolvimento de práticas em saúde mental nas políticas públicas.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desista de participar e retire seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu estágio e à avaliação curricular que você receberá ao longo da formação.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, como despesas com transporte e alimentação que estejam relacionadas ao envolvimento com a pesquisa. Caso isso ocorra, os custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Além disso, você tem garantido o direito a solicitar indenização.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Monique Cristina Henares Batista, pelo telefone (41) 99769-6060, ou no endereço *CFH Bloco E – 3º andar – UFSC, Campus Trindade. CEP 88040-900 – Florianópolis – Santa Catarina*. O contato pode também ser realizado com a professora doutora Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, através da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), pelo telefone (48) 3721-6094, ou no 7º andar do Prédio Reitoria II, sala 701, de segunda a sexta, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Este Termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

_____ Nome do participante da pesquisa	_____ Assinatura do participante da pesquisa
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura do pesquisador
_____ Nome do pesquisador responsável	_____ Assinatura do pesquisador responsável

Local e Data: _____