

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Débora Margarete Marinho

Acompanhamento Terapêutico

Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da
Reforma Psiquiátrica brasileira

São Paulo
2009

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Débora Margarete Marinho

Acompanhamento Terapêutico

Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da
Reforma Psiquiátrica brasileira

São Paulo
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marinho, Débora Margarete

Acompanhamento terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. / Débora Margarete Marinho. – São Paulo, 2009.

140 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

1. Desinstitucionalização 2. Psicologia social 3. Política de saúde 4. Acompanhamento Terapêutico I. Título

Débora Margarete Marinho

Acompanhamento Terapêutico

Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica
brasileira

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde Mental e Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva

São Paulo
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Débora Margarete Marinho

Título: Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Instituição: Escola de Enfermagem da USP.

Instituição:

Instituição:

Aos meus acompanhados e acompanhadas

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva pelas muitas orientações teóricas e afetivas, desde os tempos do CAPS Itapeva. Pelo respeito à delicadeza do Tempo e de seus devires.

À Profa Dra. Ana Lúcia Machado e Kleber Duarte Barreto pelos importantes esclarecimentos na qualificação.

À equipe do CAPS Itaim Bibi, em especial à Maria Elisabete Meola, pela disponibilidade e interesse na interlocução com a presente pesquisa.

Aos queridos acompanhantes terapêuticos do Instituto A CASA que me acompanham na multiplicidade de afetos e projetos: Adriana Canepa Barbosa, Hailton Yagiu, Ricardo Gomides Santos e Rodrigo de Marco Veinert. E também a Luciana Rebello, Clarissa Metzger e Beatriz Almeida.

À toda equipe do Instituto A CASA e em especial ao Nelson Carrozzo pela importância no meu percurso clínico.

À Regina Bichaff, Cristina Lopérgolo, Sergio Urquiza e Jairo Goldberg: importantes referências na minha formação teórica, ética e política na saúde mental.

À Profa. Dra. Sônia Barros, Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, Profa. Dra. Ana Cristina Chaves, Rita Cabral, Paula Eisenstadt, Irma Moraes, Teresa Moraes, Cecília Ribeiro, Paula Taleikis, Paula Pinho, Thaís Teixeira, Caroline Ballan, Cristiane Bergues Dias, Fernanda Queiróz, Gabriela Granja, Maria Vieira, Karen Vieira e Ananéia Bezerra pela troca e diálogos, em diferentes momentos do mestrado.

À tia Silvia Marinho Freire, pela paciência em realizar as correções ortográficas e à Fabiana Dupont pela tradução.

À minha mãe Therezinha, pela fé e apoio ininterruptos. Aos meus irmãos Nando e Beto e em especial ao Carlinhos, por me ajudar tanto e sempre. E ainda a Nathalia, Camila, Netto, Felipe, João, Beatriz, Kátia, Daniela e Ana Paula.

Às queridas amigas pela presença na minha vida e, sobretudo, por muitas risadas: Patrícia Araújo, Patrícia Leite Castro, Cristiana Menichelli, Monica Colameo, Cláudia Kodja, Cecília Muller, Gina Gomes, Márcia Ornellas, Pricilla Veras e Jaqueline Marras e Lúcia Zanetta.

À Marcela Tarallo por todo o seu significado.

Ao meu pai por me visitar em sonhos para me contar sobre as saudades.

Marinho DM. Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um *dispositivo* que tem caráter transtetorial em seu fazer porque pode “atravessar” ou “compor” com os espaços interdisciplinares e intersetoriais, como o Centro de Atenção Psicossocial, uma infinidade de projetos construídos coletivamente para ampliar os sentidos da vida de um sujeito. A partir dessa premissa, esta pesquisa define como *objeto* de estudo o AT como *dispositivo* de intervenção na vida de uma usuária de um serviço público de saúde mental e as interferências operadas por este *dispositivo* na sua vida em relação com o corpo social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza o Estudo de Caso como procedimento metodológico para apreensão e compreensão dos dados empíricos. Para isso, o estudo se propõe a enfrentar as questões: o AT produz transformação real na vida dos sujeitos? Que tipo de transformações opera no interno do campo transferencial, no serviço e na rede de cuidados? Sustenta-se por si só ou depende da rede ampliada pelos serviços territoriais? A origem do AT se dá em instituições privadas e só timidamente é transposta para os serviços da rede pública de atenção à saúde. Essa transposição não se dá de forma instituída e sua oficialização como *dispositivo* em saúde mental sofre percalços, como constatado com o desaparecimento do termo *acompanhamento terapêutico* e do financiamento do procedimento na legislação vigente e que constava na Portaria SNAS n.º 189 de 19 de novembro de 1991. Essa anulação do AT das políticas públicas é defendida, nesta pesquisa, como uma contradição em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria Reforma Psiquiátrica, que orientam ações territoriais, intersetoriais, articulação de rede de serviços e articulação de recursos do território para a atenção em saúde mental. O resultado é a inacessibilidade do *dispositivo* AT aos que dele se beneficiariam, como foi comprovado no caso em análise. O cenário do estudo destaca-se por acionar este *dispositivo* e construir em conjunto com as acompanhantes terapêuticas envolvidas uma trajetória de enriquecimento e acesso a novas territorialidades para a K. Entretanto, o estudo questiona porquê os trabalhadores dos serviços de saúde mental não assumem para si a função potencializadora do AT e sua conseqüente legitimação na esfera pública e coletiva, o palco de ações e conexões de redes, propiciadoras de *produção de vida*. Este estudo sustenta que o AT é, no campo da saúde mental, um *dispositivo* que vem se sofisticando no decorrer de seu processo histórico com o questionamento de sua função estritamente clínica e se propõe a enfrentar os desafios para a retomada do diálogo e conexão do seu fazer com as políticas públicas.

Palavras Chaves: 1. Desinstitucionalização 2. Psicologia social 3. Política de saúde 4. Acompanhamento Terapêutico

Marinho DM. Therapeutic accompaniment: clinical, political and social paths for the Brazilian Psychiatric Reform [Dissertation]. São Paulo: Nursery School, University of São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Therapeutic Accompaniment (TA) is a *device* of a cross sector nature because it can interact with interdisciplinary and intersected areas, like the Social and Psychic Help Center (Centro de Atenção Psicossocial), "crossing" or "being a component" of an infinity of collectively built projects that can broaden the meaning of life of a subject. Starting from that premise, this research defines TA as the study object that acts as a device of intervention in the life of a woman who uses mental health public services and the interferences resulted from this device in her life related to her social interactions. It is a qualitative research that uses the Case Study as a methodological procedure for collection and comprehension of empirical data. Therefore, this study proposes to face the following questions: Does TA produces real changes in the lives of its subjects? What types of changes are produced in the internal transference field, services offered and the care network? Is it self-sustainable or does it depend on an amplified network by territorial services? TA origins takes place in private institutions and only very timidly is used by public health services. The use in public services doesn't take place in an established form and its officialization in health care is not easy. It was found that the term *therapeutic accompaniment* and its financing procedures disappeared from the current legislation. It used to be part of the SNAS Bill number 189 of November 19th of 1991 (Portaria SNAS n°189 de 19 de novembro de 1991). This TA annulment of public policies is viewed on this research as not only a contradiction of the Brazilian Health Care Program (Sistema Único de Saúde – SUS) but also of the Psychiatric Reform, that suggests territorial actions, cross sectoring, articulation of networking services and articulation of territorial resources for mental health management. The result is the inaccessibility of the TA *device* to the ones that could benefit from it as it was proved on the case study analyzed. The study scenario differentiates itself because it triggers this *device* and builds, with the therapeutic companion, an enriching path and offers accessibility to new territories to the K. However, this paper questions why workers of public mental health system do not take the transforming responsibility of TA and its consequent legitimization in public and collective sphere, the stage of actions and connections of network, which are auspicious for a more broaden meaning of life. This paper sustains that TA is, in the field of public mental health, a *device* that is becoming more sophisticated through its historical process with the questioning of its strictly clinical mission and its willingness to face the challenges to restart dialogue and to establish a connection with public policies.

Key Words: 1. Deinstitutionalization 2. Social Psychology 3. Health Policies 4. Therapeutic Accompaniment

ÍNDICE

1.	Acompanhamento Terapêutico: um dispositivo prático	1
1.1	Algumas fontes teóricas e práticas do Acompanhamento Terapêutico	4
1.2	Políticas públicas e Acompanhamento Terapêutico	9
2.	Objetivos	16
3.	Caminho Metodológico	17
3.1	A escolha do cenário do estudo: Centro de Atenção Psicossocial Adulto II do Itaim Bibi	17
3.2	Tipo de estudo, fonte dos dados empíricos e sujeitos do estudo	20
3.3	Etapas, instrumentos, métodos de coleta e análise dos dados empíricos	23
3.4	Bases conceituais de referência: as categorias analíticas	24
a.	Redes sociais	27
b.	Trabalho afetivo	31
c.	Subjetividade e vulnerabilidade relacional	35
4.	Resultados e discussões	41
4.1	Resistência, consistência, continência	43
4.2	Rede, rede de serviços, rede de agenciamento: territórios e territorialidades	47
4.3	Sentidos diversos para atores diversos	56
4.4	Recursos necessários para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento	67
4.5	Rede social: uma certa perspectiva gráfica	77
5.	Síntese: A potência revolucionária do AT na rede pública de atenção à saúde mental	81
6.	Referências bibliográficas	87
	Apêndice 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP	99
	Apêndice 2: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP	100
	Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
	Apêndice 4: Instrumento de coleta de dados	102
	Apêndice 5: Entrevistas	103

1. Acompanhamento Terapêutico: um dispositivo prático

A importância de resgatar a *função social*¹ do Acompanhamento Terapêutico, AT, advém da necessidade de problematizar de modo crítico o modelo de tratamento que o utiliza como apoio institucional, apêndice de vigilância e prescrição médica, e propor sua utilização como *dispositivo*² prático que articula teoria e prática ao exercício político, como estratégia e tecnologia de inclusão social, alinhado ao processo da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

Na bibliografia pesquisada, a origem do AT remete à história oral de trabalhadores dos anos 1960 que vivenciaram experiências com pacientes internados em hospital-dia fora das instituições; à influência do movimento europeu do pós-guerra, isto é, as comunidades terapêuticas inglesas da antipsiquiatria, a psiquiatria de setor e institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana e experiência de desospitalização nos Estados Unidos (2-5).

No Brasil, a emergência do AT no final dos anos 1970, culmina com o movimento de criação e experimentação de novas formas de lidar com a loucura fora dos muros asilares, e é intrínseca às primeiras germinações do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As primeiras experiências relatadas do que a partir de meados dos anos 80 instituiu-se com o nome de AT, ocorreram em instituições da iniciativa privada que se denominavam influenciadas pelas comunidades terapêuticas inglesas e americanas: Porto Alegre na Clínica Pinel, Rio de Janeiro na Villa Pinheiros e Comunidade Enfance em Diadema, a partir da década de 60^(3, 6-7).

¹ Função social: um termo que em Sociologia exprime a idéia de uma sociedade vista como um organismo vivo onde cada parte tem uma função. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Especial%3ASearch&search=fun%C3%A7%C3%A3o+social&fulltext=Pesquisa> Acesso em 15/04/2009.

² A adoção deste conceito neste estudo “tem a finalidade de demarcar em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas [...] O *dispositivo* é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos [...] Em segundo lugar [...] entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. Em terceiro lugar [...] o *dispositivo* tem [...] uma função estratégica importante” no interno das relações no corpo social⁽¹⁾.

A Clínica Pinel de Porto Alegre atendia pacientes psicóticos em regime de internação e hospital-dia e devido à proximidade geográfica com a Argentina recebia grande influência das comunidades terapêuticas ali instaladas.

A partir de meados de 1960 a cidade gaúcha, assim como algumas capitais brasileiras como São Paulo e Rio de Janeiro, recebeu alguns psicanalistas argentinos que vinham em busca de asilo político por terem seus direitos civis cassados devido ao novo movimento peronista, definitivamente instalado em 1973.

Na década de 1960, na Clínica Pinel do Rio de Janeiro, operavam os chamados *atendentes psiquiátricos* ou *atendentes grades* que diferiam dos enfermeiros psiquiátricos tradicionais por acompanharem os pacientes nas saídas da instituição. Eram em sua maioria estudantes ou recém formados em medicina ou psicologia e outros interessados no lidar com a experiência da loucura.

No entanto, não havia uma definição clara institucional ou teórica das qualificações exigidas às pessoas que se disponibilizavam para exercer o trabalho de *atendente*. Suas funções resumiam-se em conter os pacientes quando entravam em crise e monitorá-los dentro ou fora da instituição nos momentos em que se “mostravam adaptados ao tratamento e à vida em comunidade”^(3, 5, 7).

O nome de *auxiliar psiquiátrico* era dado aos trabalhadores da Villa Pinheiros que, influenciados pelos terapeutas da Clínica Pinel, tinham a função de ficar com o paciente na rotina da instituição e também fora dela. Saídas da clínica, como ida aos médicos ou dentistas, passeios ou visitas à família eram feitas por auxiliares de enfermagem, com carga superior a doze horas de trabalho, com o objetivo de ser um apêndice do tratamento da clínica e também, posterior alta do paciente⁽³⁾.

O modelo de tratamento adotado na Villa Pinheiros seguia as influências da antipsiquiatria de David Cooper que interrogava fortemente o *fetichismo da cura* adotado pela

psiquiatria clássica, as formas de repressão social e familiar dos indivíduos⁽⁸⁾. Na experiência inglesa da Vila 21, Cooper falava do perfil dos trabalhadores da clínica, mencionando que havia dois tipos em particular: os “pioneiros e corajosos” e os convencionais médicos e psicólogos.

Um dos tipos eram os *enfermeiros convencionalmente treinados* que possuíam uma “consciência instintiva altamente desenvolvida das exigências da confrontação física” e o outro, eram os denominados *terapeutas sociais*:

jovens sensíveis pagos como assistentes de enfermagem, frequentemente de formação universitária, que não se preocupavam com um futuro na carreira de enfermagem e frequentemente julgados pelos funcionários regulares como um tanto malucos, se não inequivocamente corrompidos⁽⁸⁾.

Com a ditadura militar brasileira, a clínica carioca de Villa Pinheiros fechou e o perfil dos denominados *acompanhantes psiquiátricos* mudou paulatinamente. Jovens universitários ou recém formados em psicologia passaram a fazer parte de pequenas equipes articuladas, em geral, por um psiquiatra, apoiado por psicólogos ou psicanalistas e terapeutas familiares⁽²⁻³⁾.

Outro exemplo foi a Comunidade Enfance, fundada em 1968, na região de Diadema na Grande São Paulo, que atendia crianças com transtorno global de desenvolvimento e tinha em seu quadro de funcionários o que se chamou primeiramente de *assistente recreacionista* e depois de *assistente psiquiátrico*, seguindo denominações próximas das experiências gaúcha e carioca.

O que definia esses profissionais eram suas capacidades internas, psíquicas, de vivenciar as relações afetivas com as crianças, não somente com o intuito de brincar, escovar dentes e vesti-las, porém fazer essas atividades tornarem-se terapêuticas⁽⁶⁾.

Aspecto importante constata-se na denominação e, sobretudo, na *função* do *atendente psiquiátrico*, *atendente grude*, *auxiliar psiquiátrico* ou *assistente psiquiátrico*.

Apesar das andanças pela cidade questiona-se se aquelas funções, mesmo fora da instituição, não atendiam à necessidade, luta, crítica e aperfeiçoamento do saber da psiquiatria e

seu projeto de dominação do microcosmo social, substituindo a ação negativa do terror e exclusão com vigilância ordenada e integradora⁽⁹⁾.

A função, nomeada *social*, do AT embora bem intencionada, preocupada em criar vínculo com o paciente, levá-lo a transitar nos entornos das cidades, era e é alvo de crítica que se sustenta na dúvida se tal estratégia não servia somente como extensão dos cuidados psiquiátricos ao paciente de difícil manejo e sua adaptação ao modelo de tratamento previamente reconhecido, como terapia de grupo e individual.

Vale ressaltar que as instituições pioneiras que semearam o germe do que a partir dos anos 80 passou a ser denominado de *amigo qualificado* eram particulares, baseadas no modelo das comunidades terapêuticas, atendendo pessoas de alto poder aquisitivo.

1.1 Algumas fontes teóricas e práticas do Acompanhamento Terapêutico

Esboços teóricos e elaboração do que viria a ser o *dispositivo* de tratamento denominado AT, foram e ainda são construídos de forma prevalente por psicanalistas, psicólogos e estudantes de psicologia e terapeutas ocupacionais, tomando o arcabouço teórico psicanalítico e suas correntes como base para fundamentação da experiência prática.

A primeira obra específica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) publicada no Brasil foi um livro argentino escrito por duas psicólogas⁽¹⁰⁾ que faziam parte de uma instituição psiquiátrica chamada CETAMP, embasada nos moldes da comunidade terapêutica anglo-saxônica que se propunha experimentar uma nova forma de tratar a doença mental.

Esta obra está formatada como um Manual Introdutório para a estratégia clínica do AT, discorrendo sobre as principais características e os *comportamentos desviantes* dos sujeitos catalogados nas categorias nosográficas como esquizofrenia, perversão, psicopatia, entre outros, e a conduta a ser tomada pelo acompanhante terapêutico, para cada uma dessas *categorias*.

No Brasil, a primeira publicação que se tornou referência sobre AT foi o livro intitulado *A rua como espaço clínico* lançado no início dos anos 1990, organizado por uma das primeiras equipes de acompanhantes terapêuticos da cidade de São Paulo, que desde o final dos anos setenta, constitui um Departamento do Instituto A Casa³.

A obra foi realizada a partir do 1º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos, quando a denominação AT estava sendo instituída. O livro possui diversos textos sobre experiências clínicas de acompanhantes terapêuticos de São Paulo e do Rio de Janeiro tomando como foco principal, conforme a definição do título, o espaço social, sobretudo a *rua*, como o “lugar mais distante e mais descentrado das estruturas psis (psiquiatrizantes) de tratamento”⁽¹¹⁾.

Apesar da influência da psicanálise como base teórica, ter influenciado o AT no Brasil pelo fato de que o 1º Encontro Paulista de Acompanhamento Terapêutico ter sido organizado pelo Instituto A Casa, eminentemente psicanalítico⁽¹²⁾, pode-se aprofundar a questão e afirmar a forte influência sofrida da psiquiatria de setor e psiquiatria institucional francesa, que utilizam conceitos da psicanálise em sua práxis, a fim de dar sentido às relações inconscientes institucionais, expressando-as de modo a tornar o entorno terapêutico um *coletivo* onde todos, pacientes e técnicos, possam gerar questionamentos e a partir destes, renovar ou recriar sua prática de afirmar.

Uma análise da produção científica conclui que a característica da produção teórica sobre o tema são relatos de casos clínicos para definir o que é o AT, sempre com um esforço para embasar a práxis a uma determinada corrente da psicologia, sobretudo à psicanálise⁽¹³⁾.

A análise sobre a experiência de supervisão e acompanhamento do trabalho de algumas equipes de saúde mental conclui que o AT não deve ser circunscrito ao campo da

³ “O Instituto A Casa, há mais de 20 anos, preocupa-se em oferecer um tratamento especializado e moderno. É fundamentado na valorização da pessoa, na subjetividade do indivíduo, nas questões familiares e sociais que permeiam o adoecer psíquico e na inclusão deste cidadão à sociedade [...] vem proporcionar à comunidade este outro espaço de tratamento, orientação e esclarecimento sobre as questões da saúde mental. Nós acreditamos que, desta forma, estaremos contribuindo para assegurar um lugar mais digno para as pessoas com sofrimento psíquico, longe dos modelos antigos de tratamento ‘confinadores da loucura’”. Disponível em: <http://www.acasa.com.br/acasa/texto.asp?id=8> Acesso em 14/04/2009.

psicologia como modalidade terapêutica própria, embora a psicanálise seja crucial para a direção clínica do trabalho⁽¹⁴⁾.

A psicanálise é um saber predominante na prática do acompanhamento para compreender a dinâmica da psicose e seu tratamento. No entanto, a contribuição de diversas áreas do conhecimento se faz necessária para a investigação da prática⁽¹⁵⁾.

A aplicação da psicanálise ao campo da saúde mental traz contribuições para pensar a prática do AT, pois esse campo agrega diferentes saberes para validar sua *episteme*, prática e ética⁽¹⁶⁾.

O conceito de *amizade* presente na denominação *amigo qualificado* afirma o estatuto clínico-político do AT. Fragmentos de um caso clínico são narrados para afirmar a alteridade e diferenciação que se estabelece na dupla acompanhante e acompanhado denominado como *política da amizade* e que os leva a um contato direto com a sociedade, visando a interferência na forma como ela entende e lida com a loucura⁽¹⁷⁾.

O desafio da invenção de *dispositivos* que privilegiam a inserção social para além de sua adaptação social, visa uma conquista ética e política que vem a serviço de uma prática que toma a *subjetividade* como ponto de partida de sua técnica de invenções cotidianas e explicita a contraposição entre ética e a técnica-psíquico-social que enquadra o sujeito na sociedade⁽¹⁸⁾. Esse será seu ponto de partida e seu fim, ou seja, *dispositivo* como possibilitador de construção, reconstrução e conquista do espaço social.

Um artigo sobre prevenção de suicídio e depressão aponta a extrema importância do AT em intervenções pontuais, porém discorre sobre a sua funcionalidade em psiquiatria, sua utilidade no desenvolvimento de escalas clínicas psiquiátricas para atendimento em domicílio e cuidados psicológicos intensivos, tomando protocolos de intervenção como modelos a serem seguidos, ensinados e treinados, propondo uma escala epidemiológica clássica e não crítica⁽¹⁹⁾.

A revisão bibliográfica encontrou uma única iniciativa realizada em parceria com universidade e governo de estado para a promoção de cursos e capacitação de trabalhadores de nível básico e médio na rede de serviços públicos de saúde sobre o tema do AT.

Nos anos de 2000 a 2002, professores de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com Escola Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul ministraram os Cursos Básicos de Capacitação para o Acompanhamento Terapêutico⁽¹⁴⁾.

Ainda que tímida nota-se um grande esforço dos atores sociais que trabalham com o AT para compor em tal estratégia nos serviços públicos, como por exemplo, uma enfermeira de formação, que conclui em sua tese a importância da prática clínica do AT para outros campos do saber, como a enfermagem, e para ampliação do repertório de estratégias de intervenção no campo da saúde mental como um todo⁽²⁰⁾.

A inserção do AT em um Programa da Saúde da Família (PSF), aponta que a prática de saúde mental no PSF exige quebrar os padrões de atendimentos arraigados e estabelecidos, já que estes ainda se voltam para execução de tarefas preestabelecidas com ênfase na doença, em detrimento do olhar sobre as relações e interações com a família, a comunidade e com o próprio serviço de saúde⁽²¹⁾.

Podem ser três os âmbitos de incidência do AT: na *relação com os usuários* indicados pelo serviço ou clínica de tratamento, com foco nas estratégias de interação com o meio; na *relação com as equipes de saúde* que atendem esses usuários, com foco no questionamento de outros dispositivos de que dispõem e no foco do *funcionamento em rede*, nas relações instituídas entre sociedade e loucura e sua relação com a Reforma Psiquiátrica⁽⁷⁾.

A partir do levantamento bibliográfico, o AT em seus primórdios, era realizado por profissionais de nível médio ou por estagiários das áreas psis, estudantes ou no início da vida profissional.

Ao acompanhante terapêutico cabia servir-se como “ego auxiliar ou modelo identificatório”, a fim de influenciar os comportamentos dos pacientes submetidos a essa prática clínica, assim como ser um facilitador do tratamento prescrito pela equipe, coordenada por um médico.

A função do *amigo qualificado* foi tecida no decorrer da construção prática e afetiva do estar junto, não mais com portadores de doenças mentais, mas sujeitos que experienciavam o sofrer psíquico na sua existência.

A relação afetiva, a escuta do *amigo qualificado* para as vivências de seu parceiro e andanças nas ruas da cidade, interior de casas e quartos, além de hospitais-dia e instituições, foi sendo matéria, foco, estudo e investimento primordial de uma nova modalidade de intervenção terapêutica.

A crítica à denominação *amigo qualificado* foi construída por denotar menos a continência estabelecida a partir do termo *amigo*, mas porque podia encobrir a dialética que se estabelece na relação de uma dupla, onde se definia uma função clínica e terapêutica^(17, 22-23).

Atualmente os acompanhantes terapêuticos mais experientes não estão atuando diretamente na prática do acompanhamento, estão promovendo cursos de formação em instituições de pesquisa, supervisões clínicas ou ministrando aulas sobre o tema em universidades públicas ou privadas, contribuindo para a consolidação e aprofundamento teórico do AT como *dispositivo* da Reforma Psiquiátrica.

Este estudo sustenta que o AT é, no campo da saúde mental, um *dispositivo* que vem se sofisticando no decorrer de seu processo histórico com o questionamento de sua função estritamente clínica e se propõe a enfrentar os desafios para a retomada do diálogo e conexão do seu fazer com as políticas públicas.

1.2 Políticas públicas e Acompanhamento Terapêutico

Na rede pública, o tratamento asilar e poucas unidades ambulatoriais até 1987⁴ era o que havia de disponível para a intervenção com a loucura quando, em São Paulo, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira⁽²⁵⁻⁵²⁾.

A possibilidade de inserção do acompanhante terapêutico na rede de serviços públicos, em especial nos CAPS, é uma experiência recente na cidade de São Paulo, motivada por questões conjunturais, como a falta de parcerias com instituições de formação de acompanhantes ou com profissionais autônomos.

Por outro lado, estruturalmente, nos serviços públicos os usuários não dispõem do AT por impossibilidade de contratação destes profissionais, uma vez que o processo da Reforma Psiquiátrica ainda em consolidação (e, portanto, profícuo para invenção de possibilidades) não o (re)conhece entre os profissionais que compõem a equipe o que resulta na passagem temporária de estagiários acompanhantes nos serviços, afetando negativamente o trabalho do acompanhamento com o usuário, condição reforçada pela impossibilidade financeira de custeio dos honorários de acompanhantes particulares, por parte dos usuários, entre outras.

O nó que se problematiza aqui é por quê os trabalhadores dos serviços comunitários não assumem para si a responsabilidade de operar o *dispositivo* AT, objeto do estudo. Se não, vejamos. É a partir do traçado do projeto terapêutico⁵ elaborado na relação transferencial da dupla e não no fazer mecânico e alienado⁽⁵⁴⁾ que constitui-se a possibilidade de alargar ou, minimamente, transpor no cotidiano, as bordas do enclausuramento dos sujeitos com experiência de sofrimento psíquico, a fim de ampliar sua rede social.

⁴ Sobre as políticas de saúde mental do Estado de São Paulo, veja: Cambraia M. Política de saúde mental no Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004⁽²⁴⁾.

⁵ Para ampliação ou consulta sobre Projeto Terapêutico, ver: Yagiu H. Projetos no acompanhamento terapêutico: apontamentos para a elaboração. In: Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico baseado na escuta transferencial do sujeito. São Paulo: Hucitec; 2006⁽⁵³⁾.

Sendo assim, o AT serve de *dispositivo* para a interconexão ou criação da conexão de diversos pontos da *rede* dos acompanhados, já que estes têm uma experiência de trocas sociais e afetivas restritas.

Se os trabalhadores dos serviços tomam para si esta função, eles podem responder à bem formulada crítica de Deleuze⁽⁵⁵⁾ quando analisa a transformação e crise das instituições da pós-modernidade e anuncia a substituição das sociedades disciplinares, analisadas nas obras de Goffman e Foucault, pelas sociedades de controle que operam “ao ar livre”:

por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas⁽⁵⁵⁾.

O AT é um *dispositivo* que utiliza substancialmente espaços extra-institucionais. As fronteiras do AT possuem plasticidade necessária para que o campo ou cenário de atuação seja o interior de residências, serviços de saúde mental ou locais públicos e privados. Tampouco estas fronteiras se limitam ao trabalho clínico dual e interpessoal, mas à tentativa de transposição ou encolhimento das barreiras sociais e subjetivas, a fim de fazer dessa transposição a possibilidade de resignificação concreta e simbólica desses espaços de pertencimento.

Nesse substrato característico do AT e dos cenários afetivos e territoriais possíveis de serem percorridos pela dupla, evidencia-se nítida assimetria relacional.

O acompanhante terapêutico, por um lado, pertence em geral, a um grupo de trabalho composto por outros acompanhantes, referidos a alguma instituição de tratamento, de ensino, pesquisa ou supervisão ou ao menos toma como referência sua rede de contatos profissionais de confiança, para indicações de casos clínicos ou trocas de experiências.

Por outro lado, o acompanhado em geral, pertence a grupo de referência limitado, possui geralmente o psiquiatra e o acompanhante como recurso terapêutico e tem em seu trajeto

a experiência das perdas funcionais e sociais. Há aqueles, ainda, que ocasionalmente freqüentam um serviço de saúde onde o AT é inserido como um recurso de reabilitação psicossocial.

Aqui começa se delinear um desafio real para o objeto da pesquisa.

A aposta é que trabalhar em *rede*⁶ e na construção de uma *rede de relações* do acompanhado faz-se necessário de tal forma, que os recursos encontrados nos territórios (familiar, comunitário, assistencial) alçariam ao patamar de potenciais sustentadores da vida desse sujeito.

É freqüente o acompanhante terapêutico intermediar a comunicação entre diversos atores sociais e em geral é ele quem estabelece o contato, propõe reuniões e discussões com os componentes das redes dos acompanhados. Essa potência de articulação advém da liberdade clínica, já que ela se faz para além da linguagem verbal, nas ações do cotidiano⁽⁵⁶⁾.

Ao mesmo tempo primordial e paulatina, a transposição da dualidade intersubjetiva entre o acompanhante e o acompanhado é necessária, para que o deslocamento dessa relação possa se dar no território e na rede constituída ou a que será constituída a partir do trabalho. O AT deve ser um dos pontos das amarras dessa rede:

nessa operação dá-se a constituição de uma rede entendida como plano coletivo, de modo que a rede coincide com a dimensão pública da clínica. Acompanhar então é operar em rede⁽⁵⁷⁾.

A tarefa da construção de lugares de pertencimento e relações deve ser empreendida pelos atores, ultrapassando o âmbito individual e, no caso do AT, o âmbito de trabalho da dupla. O objetivo não é somente a inserção do acompanhado em uma rede pré-estabelecida ou determinada *a priori*, mas uma atuação que permita ampliar ou criar alternativas construídas junto ao seu entorno social, aos membros de uma organização social ou um serviço de saúde.

⁶ O conceito está elaborado no Capítulo dos métodos, adiante.

Trata-se de um salto do tecimento da *rede de relações* do entorno social do acompanhado, limitado ou enriquecido, para o conjunto de recursos territoriais. Adentra-se no universo das *redes sociais*.

Na *rede* os objetivos devem ser definidos coletivamente, articulando pessoas e instituições que se comprometam a respeitar a autonomia e a diferença de cada membro a fim de superar problemas sociais. A importância é que cada organização pública - estatal ou privada - desenvolva seu saber para colocá-la a serviço do interesse coletivo⁽⁵⁸⁾.

A operacionalização do trabalho em rede, portanto, é um fato social que permite, no âmbito microssocial, o questionamento de lugares instituídos nas organizações sociais e comunitárias, inseridas ou não em territórios e fornece elementos críticos no nível macrossocial, com indicação de mudanças das determinações sociais pretendidas pelo *status quo* e pelas políticas públicas⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

Na sociedade globalizada, os processos de exclusão são questionados para além da possibilidade do acesso econômico, mas também por conta da centralização do poder⁽⁶⁰⁻⁶³⁾.

No âmbito das organizações sociais (privadas ou públicas), estruturas verticalizadas e hierárquicas geridas por grupos dominantes geram dificuldades variadas de acessos ao capital, às informações, ao domínio do processo de produção, entre outras, gerando cerceamento de movimentos emancipatórios, bem como empoderamento dos sujeitos⁷.

No âmbito das organizações públicas, as contradições das relações marcadas pela dialética da manutenção do poder ou sua redistribuição a outros que não só os interesses dos grupos dominantes acentuam-se no trabalho em rede, dada a proposta da participação coletiva.

As políticas sociais no âmbito da saúde coletiva salientam que o antagonismo criado entre os grupos de interesses e determinados atores sociais, na criação das políticas sociais a partir da redistribuição de poder e bens, são na verdade, complementares, já que a vertente

⁷ Para consulta sobre o conceito de empowerment ver: Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e opressão: empowerment, sua história teorias e estratégias. São Paulo. Editora Paulus; 2003⁽⁶⁴⁾.

política (auto-gestão, por exemplo) deveria assumir a mesma importância que as vertentes socio-econômicas e sociais, pois é a partir da redistribuição de poder que é possível constituir políticas sociais que minimizam a desigualdade social, assim como possibilitam a acessibilidade, no caso da saúde⁽⁶³⁾.

Ou seja, no que se refere ao AT, na *dimensão estrutural*⁸, a das políticas públicas, a Portaria SNAS n.º 189 de 19 de novembro de 1991 incluiu o pagamento de *acompanhamento terapêutico* entre os procedimentos dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, NAPS e CAPS, de turnos 1 e 2, citado em conjunto ao acompanhamento médico, psicoterapia individual ou grupal, atividades de lazer e orientação familiar constante no Item 6, Códigos 840-0 e 842-7⁽⁶⁵⁾.

Já na Portaria SNAS n.º 224 de 29 de janeiro de 1992, o termo *acompanhamento terapêutico* desaparece e no conjunto de diretrizes e normas para o cuidado oferecido para atender a população usuária, estabelece linhas mais gerais de procedimentos citando uma “diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial”⁽⁶⁵⁾.

No que concerne aos CAPS ou NAPS, a Portaria 224 não especifica os tipos de terapêuticas ou intervenções, mas indica como procedimentos remuneráveis o “atendimento individual (médico, de orientação, entre outros), as atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social”⁽⁶⁵⁾.

Na *dimensão particular*, dez anos depois da Portaria n.º 224, a publicação da Portaria n.º 366 de 19 de fevereiro de 2002, que a atualiza, mantém a ausência do procedimento

⁸ O que guia o processo de trabalho em saúde é um conjunto de determinantes de ordem: a) *estrutural* (lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor); b) *particular* (a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde) e c) *singular* (forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde: nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais)⁽²⁵⁾.

acompanhamento terapêutico ou da função de acompanhante terapêutico no quadro de funcionários dos serviços.

Há uma contradição evidente a ser enfrentada no interno dos serviços públicos de saúde mental, financiados pelo SUS. Ao mesmo tempo em que as diretrizes orientam ações territoriais, intersetoriais, articulação de rede de serviços, articulação de recursos do território, o procedimento e a figura do AT são eliminados dos quadros da Reforma Psiquiátrica.

Este não seria um problema se a organização dos serviços se orientasse de forma consistente para o externo a ele. Não é o que os trabalhos e estudos vêm apontando^(25, 66-68, entre outros),

Observa-se, com raras exceções, uma centralidade nas ações intra-institucionais e a oferta de ações disponibilizadas *a priori* na *grade* de atividades, via de regra idealizadas e realizadas pelos profissionais com baixa participação ou interferência dos usuários ou engendradas a partir de suas *necessidades*. Pode-se inferir que esta seria uma variável importante no crescente relato do movimento centrípeto dos serviços orientados para a missão comunitária e territorial.

Por outro lado, o AT nos serviços públicos que integram a rede de atenção à saúde mental (CAPS, NAPS, Centro de Convivência e Cooperativa, Serviços Residenciais Terapêuticos), na literatura consultada, aparece como iniciativas locais, na forma de parcerias de estágios supervisionados com instituições privadas.

Chama a atenção que no Artigo 4º da Portaria n.º 336, o conjunto de cuidado aos usuários dos CAPS nas suas diferentes complexidades, deve dispor de outras tecnologias de intervenção com orientação teórica claramente definida, como Grupo Operativo, por exemplo, mas reiterando a ausência do AT:

atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social entre outras), atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias⁽⁶⁵⁾.

A *dimensão singular* é o campo das relações intersubjetivas.

No campo da saúde mental, a *dimensão singular* - compreendida como as relações entremeadas entre os sujeitos no âmbito do coletivo institucional - diz respeito ao que

permanece e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional⁽³⁸⁾.

A *dimensão singular*, a arena das trocas relacionais é, portanto, a essência do projeto terapêutico, é o lócus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir produtos de saúde: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhorar a qualidade de vida dos usuários, produzir novos horizontes e significações na vida das pessoas⁽²⁵⁾.

O AT é um *dispositivo* que tem caráter transetorial em seu fazer, pois pode “atravessar” ou “compor” com os espaços interdisciplinares ou intersetoriais, como o Centro de Atenção Psicossocial, uma infinidade de projetos construídos coletivamente, para ampliar os sentidos da vida de um sujeito.

A partir dessa premissa, esta pesquisa define como *objeto* de estudo o Acompanhamento Terapêutico como *dispositivo* de intervenção na vida de uma usuária de um serviço público de saúde mental e as interferências na sua vida em relação com o corpo social.

Para isso, o estudo se propõe a enfrentar as questões: o AT produz transformação real na vida dos sujeitos? Que tipo de transformações opera no interno do campo transferencial, no serviço e na rede de cuidados? Sustenta-se por si só ou depende da rede ampliada pelos serviços territoriais?

2. Objetivos

A finalidade deste estudo é contribuir para a consolidação das práticas e da produção de saberes para a Reforma Psiquiátrica. Admitindo a premissa que o AT é um potente instrumento que permite a produção de transformações reais nas vidas das pessoas, define como objetivos:

1. caracterizar e discutir as relações vivenciadas num AT, na rede pública de atenção à saúde mental no município de São Paulo;
2. compreender o sentido do AT para os sujeitos envolvidos;
3. analisar a contribuição desse *dispositivo* para a transformação da vida dos sujeitos e de suas redes sociais;
4. verificar em que medida a prática do AT dialoga com as políticas públicas.

3. Caminho Metodológico

3.1 A escolha do cenário do estudo: Centro de Atenção Psicossocial Adulto II do Itaim Bibi

O CAPS Adulto Itaim Bibi⁹, localizado no município de São Paulo, foi escolhido como cenário do estudo no decorrer do processo de orientação porque se alinha às diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Outro determinante da escolha foi a opção da gerência do serviço, sustentada por clara orientação conceitual e prática do valor deste *dispositivo*, de buscar parcerias, na forma de estágio não remunerado, para alunos de instituições formadoras de Acompanhantes Terapêuticos, o que possibilitou, por limitações óbvias, o acesso a este *dispositivo* para alguns usuários do serviço¹⁰.

O CAPS Adulto Itaim Bibi¹¹ está na região administrada pela Subprefeitura de Pinheiros e faz parte da Coordenadoria de Saúde Lapa-Pinheiros. Localiza-se em uma área nobre da cidade, onde se concentram habitantes de alta renda, com alto índice de escolaridade (mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios possuem mais de 15 anos de estudos), com alto índice de desenvolvimento humano e grande oferta de empregos no setor de serviços.

⁹ Os dados sobre a caracterização do cenário encontram-se em: Meola ME. Plano de Trabalho Gerencial, Centro de Atenção Psicossocial Adulto Itaim Bibi. Apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; São Paulo, 2004⁽⁶⁹⁾.

¹⁰ Trata-se do período entre 2001, tempo de reconstrução e retomada da gestão do sistema e serviços de saúde e implantação do SUS no município, pela Secretaria Municipal de Saúde, na gestão Marta Suplicy até o início do ano de 2009, tempo da consolidação da gestão do sistema e dos serviços de saúde por Organizações Sociais, impostas pelas gestões neoliberais Serra e Kassab.

¹¹ A Portaria /GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II, considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; e a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude>
<http://www.inverso.org.br/>

No entanto, apesar da alta concentração de riqueza, congrega também suas contradições, sendo o terceiro lugar do município com moradores em situação de rua, e cerca de 0,24% da população dessa Subprefeitura (Distritos do Itaim Bibi, Pinheiros, Alto de Pinheiros e Jardim Paulista) mora em favelas.

O modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, pautada nos princípios do SUS, concebe saúde como um processo e não como ausência de doença, enfatizando as ações integrais e promocionais de saúde⁽⁷⁰⁾.

O CAPS é um serviço cuja função estratégica é a satisfação das necessidades da população do território em que está inserido e a superação do modelo asilar. É responsabilidade do CAPS:

- a. prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando internações em instituições fechadas;
- b. promover inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- c. organizar a rede de serviços de saúde extra-hospitalares do território com destaque para a importância da estratégia de intersetorialidade;
- d. regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- e. dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica;
- f. acolher e prestar cuidados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território⁽⁷¹⁻⁷²⁾.

No Plano de Trabalho Gerencial do serviço, apresentado em 2004, vigente no período de 2001 a 2009, a intersetorialidade aparece como *eixo organizador das ações* e *meta* a ser fomentada por meio de diversas parcerias no âmbito sócio-cultural, ensino e pesquisa,

consultoria jurídica, projetos de geração de trabalho e renda, atividades esportivas e Acompanhamento Terapêutico.

Tal eixo organizador permite ao CAPS Itaim Bibi qualificar as diferenças entre *demanda* por ações de saúde e *necessidades* de saúde, isto é, quando a *demanda* é por tratamento, a resposta é construir o projeto terapêutico que faça sentido na vida da pessoa, tentando interrogar as ofertas *a priori*⁽⁷²⁾.

Por outro lado, o serviço busca ampliar o conceito de *acolhimento*, que por sua vez amplia a concepção de *necessidades* de saúde, o que provoca novos desafios e complexificação na construção das respostas, que não se resolvem apenas na oferta de cuidados no campo sanitário ou do tratamento, para as *necessidades* de ordens diversas, como:

1. o direito ao trabalho;
2. o direito ao ócio;
3. o direito ao respeito;
4. o direito de agenciar encontros, que incluam o fora do serviço, no campo cultural;
5. o direito de produzir acontecimentos e eventos que construam ou refaçam sua rede de apoio e que não se restringem ao campo sanitário;
6. o direito a ter direitos individuais e coletivos;
7. a necessidade de implicar o coletivo nas questões dos moradores de rua⁽⁷²⁾.

Guiado por tais concepções, resumidamente, o serviço organiza-se da seguinte forma¹²:

1. No campo do cuidado:
 - Acolhimento da população adstrita com sistema de porta aberta
 - Núcleo de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos, com ênfase nas ações internas ao serviço
 - Núcleo de atendimento de moradores em situação de rua
 - Núcleo de atendimento de moradores de albergues

¹² Mais informações: Meola ME. Relatório de gerência do CAPS Itaim Bibi: 2001 a 2008, da retomada do PAS à preparação do processo de implantação do CAPS III, 2009 / mimeo⁽⁷³⁾.

2. No campo da Cultura:
 - O Cordão BiBitanTã
 - Copa da Inclusão
 - Artesanato e Pintura
3. No campo da geração de trabalho e renda:
 - Empreendimento econômico solidário O Bar BiBiTanTã
4. No campo do ensino e pesquisa:
 - Cooperação Técnica, Didática e Científica com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
 - Cooperação Técnica, Didática e Científica com a Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
 - Cenário de estudo de trabalhos de conclusão de curso de graduação, especialização, dissertações de mestrado e teses de doutorado
 - Campo de formação de Acompanhantes Terapêuticos⁽⁷³⁾

3.2 Tipo de estudo, fonte dos dados empíricos e sujeitos do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza Estudo de Caso como procedimento metodológico para a apreensão e compreensão dos dados empíricos.

O Estudo de Caso investiga, a partir da inquirição empírica, o fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real e toma o objeto de estudo em uma unidade dentro de um sistema mais amplo, com o objetivo de compreender uma instância singular da realidade, historicamente situada⁽⁷⁴⁾.

O Estudo de Caso, nesta pesquisa, permite o diálogo entre os determinantes do *objeto* (AT na vida de uma usuária de serviço público de saúde mental) e as bases conceituais de referência com a realidade objetiva (a vida da usuária em relação com o corpo social).

O Estudo de Caso⁽⁷⁵⁾ é sempre bem delimitado, tendo contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. Suas características fundamentais são:

1. visa à descoberta;
2. enfatiza a interpretação em contexto;
3. busca retratar a realidade de forma completa e profunda;
4. usa uma variedade de fontes de informação;
5. revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas⁽⁷⁵⁾.

O Estudo de Caso diferencia-se das outras técnicas de análise por não existir limite inerente ou intrínseco ao objeto de estudo. Os dados obtidos são infinitos e exige-se do pesquisador a percepção de quais dados são suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo⁽⁷⁶⁾.

Para tanto, o uso de categorias analíticas no estudo de caso é, segundo o autor, muito importante na análise dos dados, pois se evita a interpretação de dados contaminados por julgamentos implícitos, opiniões de senso comum, e preconceitos, anulando a credibilidade da investigação científica.

As *categorias analíticas* eleitas para dialogar com os dados empíricos são: *Redes sociais, trabalho afetivo, subjetividade e vulnerabilidade relacional*.

Todos os conceitos se entrelaçam e complementam, mas para organização formal, foram destacados em quatro *categorias empíricas*:

1. Resistência, consistência, continência
2. Rede, rede de serviços, rede de agenciamento: territórios e territorialidades
3. Sentidos diversos para atores diversos
4. Recursos necessários para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento
5. Rede social: uma certa perspectiva gráfica

São duas as fontes dos dados empíricos.

A *fonte primária* dos dados empíricos foi a gerente do serviço que indicou os *informantes primários* (a dupla acompanhantes e acompanhada) seguindo os critérios: um caso avaliado empiricamente pela equipe que operou transformações na vida do usuário, um usuário e um acompanhante experiente com disponibilidade para participar do estudo e uma família com disponibilidade e interesse no tema do acompanhamento terapêutico.

Neste caso específico houve substituição temporária da acompanhante terapêutica de referência e a substituta foi incluída na categoria *informante primário*.

Os informantes primários 03 (três) indicaram os novos informantes constituídos no território, no serviço de saúde mental, na família, no meio social, laborativo, entre outros, descobertos no processo de coleta dos dados.

O total de 02 (dois) informantes secundários foi contatado e entrevistado. Os potenciais informantes secundários descritos no Diagrama 1, da página 80, não foram contatados ou entrevistados. Este quantitativo ficou limitado em função do tempo disponível para este recorte da realidade e do prazo para finalização da pesquisa. Não está eliminada a perspectiva do seguimento da pesquisa.

A *fonte primária* (gerente do serviço), os *informantes primários* (acompanhada e acompanhantes) e os *informantes secundários* constituem o universo dos sujeitos do estudo.

A *fonte secundária* dos dados empíricos foi o Prontuário da acompanhada, disponibilizado pela gerência do serviço.

3.3 Etapas, instrumentos, métodos de coleta e análise dos dados empíricos

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Apêndice 1) e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Apêndice 2) e posteriormente foi apresentado à gerência do serviço.

A gerência discutiu o projeto com a equipe para definir o caso a ser indicado. Definido o caso, a primeira etapa do processo de coleta dos dados empíricos foi uma reunião da gerente com a acompanhada indicada e seus familiares para a apresentação do projeto de pesquisa e consulta sobre suas disponibilidades de participação.

A etapa seguinte foi informar o projeto de pesquisa às acompanhantes e consultá-las sobre a disponibilidade de participação, considerando a aprovação da acompanhada. As duas acompanhantes aceitaram participar do estudo.

A segunda etapa, quando de fato teve início a coleta dos dados propriamente dita por meio de entrevista semi-estruturada, iniciou com a apresentação da acompanhada à pesquisadora.

Todos os sujeitos leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

A entrevista semi-estruturada, mediante o uso de um roteiro (Apêndice 4) permite aos entrevistados a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às perguntas formuladas, possibilitando a captação das concepções dos sujeitos que vivenciam a dada realidade que está sendo focalizada.

As entrevistas, realizadas com os sujeitos individualmente, podem, trazer informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade no que concerne às idéias, crenças, condutas e razões conscientes ou inconscientes de seu processo⁽⁷⁷⁾.

A opção pela entrevista semi-estruturada para a coleta de dados se fez para privilegiar a liberdade e espontaneidade dos entrevistados, não os induzindo às respostas pré-fixadas.

O procedimento metodológico escolhido para analisar e compreender as narrativas dos informantes, coerente com o formato do Estudo de Caso, foi promover a aproximação e colocar em diálogo os relatos das pessoas com as bases conceituais eleitas, descritas a seguir.

3.4 Bases conceituais de referência: as categorias analíticas

O *trabalho em rede* advém da crise do pensamento ocidental hegemônico, inclusive no campo da saúde, e surge para dar conta da complexidade da realidade, a fim de religar saberes, resgatar conhecimentos e restabelecer diálogos entre culturas que permitem ampliar e conhecer a realidade, uma vez que o processo de produção da saúde é, também, uma construção sócio-histórica^(59, 78).

Além disso, trabalha-se com a concepção de *rede*:

como uma realidade social pode também criar conhecimentos que lhes são próprios, numa perspectiva transetorial e que resulta das relações internas e externas às organizações. Nessa perspectiva, a *rede* não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas também uma maneira de analisar e entender a realidade social. É por isso que da *rede* pode resultar um saber intersetorial, ou mesmo transetorial, que transcende as relações intersetoriais na construção de novos saberes, de novos paradigmas (Grifos meus)⁽⁵⁸⁾.

A intersetorialidade e a transetorialidade são processos de integração de saberes e experiências e situa o SUS como um programa de caráter transetorial, pois os saberes que o informam não se circunscrevem a setores específicos, mas são construídos socialmente para garantir direitos⁽⁵⁸⁾.

Sendo assim, a operacionalização em *rede dos serviços*, possui três perspectivas:

1. A *interdisciplinaridade*: como uma relação de diversos saberes orientados para uma prática, caracterizando-se pela articulação de políticas sociais, integrando saberes e práticas a fim de buscar a resolução e problemas sociais;

2. A *intersetorialidade*: incorpora idéias de integração, território e equidade dos direitos sociais e supõe a consideração dos problemas sociais onde eles se manifestam. Transcende um único setor social, articulando saberes e experiências no planejamento, na realização e avaliação das ações em saúde, visando o desenvolvimento social e a não exclusão social;

3. A *transetorialidade*: integra saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações e constitui uma rede centrada na identidade de um projeto e não se circunscreve a saberes específicos⁽⁵⁸⁾.

Portanto, trabalhar em *rede* (de serviços, familiares, parentais, vizinhança, conhecidos) ou na construção da *rede* do acompanhado é imperativo, faz-se necessário e é coerente com as diretrizes e orientações da Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, construir a *rede* onde os *dispositivos* sociais se apóiam e se intermediam, o AT inclusive, pressupõe intersectorialização, construção de espaços de convivência e acolhimento, atenção e tratamento, onde o *território* é o lugar de apropriação e construção de cidadania, representa o desafio ético e a ruptura com as técnicas de manutenção de um sistema burocratizado e discriminatório.

Territorialidade é

um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior da qual uma prática social se faz, e é a noção de *territorialidade* no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agenciam cuidados de saúde e inclusão social (Grifos meus)⁽⁷⁹⁾.

O modelo territorial permite o conhecimento e mapeamento do que a população produz e vive, busca a transformação do instituído. É o campo fértil para as andanças do AT. Mediante a

necessária e irreduzível intersecção dos dispositivos territoriais, são intrínsecas as possibilidades de:

1. *Heterogeneidade*: uma vez que as conexões da teia são heterogêneas e obedecem lógicas igualmente heterogêneas (afetivas, culturais, políticas, etc).

2. *Metamorfose*: dado que a *rede* está em constante mudança, questionamento, a estabilidade temporária é fruto de algum acordo coletivo.

3. *Fractalidade*: pois cada conexão da *rede* reproduz uma nova rede em si, um tecido rizomático se reorganiza.

4. *Vizinhança*: como o curso dos acontecimentos são regidos por vários atores sociais: usuários, profissionais, vizinhos, não adianta prever hierarquizações ou referências, se elas não fazem sentido para os envolvidos.

5. *Multicentralidade*: porque os centros se mobilizam na dependência da importância que cada qual assume na resolução de um problema: PSF, CAPS, CECCO, não deverá haver uma centralidade única⁽⁷⁹⁾.

Portanto, é a organização em *rede*, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de articular os diversos recursos da cidade (cultura, lazer, educação) superando os equipamentos clássicos de saúde, para promover o acesso das pessoas à autonomia aos direitos de cidadania.

O *território* revela relações marcadas pelo poder e a categoria primordial para compreender o território é o *poder* exercido por pessoas ou grupos, sem o qual não se define o território. Poder e território vão sendo mesclados na consolidação do território. Assim, o poder é relacional, pois é intrínseco a todas as relações sociais⁽⁸⁰⁾.

O território é mais que o Estado-Nação e sua autonomia, onde as pessoas manifestam suas escolhas e potencialidades, gera um espaço socialmente equitativo. Mesmo privilegiando as transformações provenientes do poder no território, persiste a existência de múltiplos

territórios, principalmente nas grandes cidades, como o território da prostituição, do narcotráfico, dos homossexuais, das gangues e outros que podem ser temporários ou permanentes⁽⁸¹⁾.

Ainda, o território é *dialético* e muda conforme o momento histórico, configura-se pelas técnicas, meios de produção, conjunto territorial e comporta em si singularizações de espacialidades que são resultados de determinada sociedade e especificidades de acontecimentos⁽⁸²⁾:

podem as formas, durante muito tempo, permanecer as mesmas, mas como a sociedade está sempre em movimento, a mesma paisagem, a mesma configuração territorial, nos oferecem, no transcurso histórico, espaços diferentes⁽⁸²⁾.

O território, lugar de afetividade e contratualidade, carrega em si a potência de constituição e articulação dos *dispositivos sociais em rede*.

a. Redes sociais

Rede social neste estudo é uma concepção que vai além de um dimensionador de relações. É compreendida como um indicador ético e político sobre a relevância da mobilização de recursos locais para amparar, produzir, demandar e consolidar políticas sociais descentralizadoras e emancipatórias.

Para tanto, o cerne da discussão das *redes* é o da reconstrução dos processos de interações dos indivíduos e sua agregação a grupos (familiar, amizade, trabalho), instituições ou organizações, a partir das vinculações interpessoais construídas em seus cotidianos, ou seja, a partir de seus processos de socialibilidade⁽⁸³⁾.

No campo da saúde o estudo das *redes sociais* na atualidade surge para dar combate às hegemonias teórico-conceituais presentes na sociedade advindas das idéias cartesianas e positivistas sobre a reprodução do sistema social e, conseqüentemente, das dicotomias: saúde x doença, indivíduo x sociedade, ação x estrutura, objetividade x subjetividade⁽⁸⁴⁾. Tais processos

racionalistas promovem uma compartimentalização da sociedade e dos indivíduos, já que não integram ações capazes de analisar os processos de transformações e mudanças.

O conceito de *rede social*, portanto, aponta para um novo diálogo entre as ciências da saúde e os estudos dos fenômenos sociais e humanos, para a construção do debate interdisciplinar sobre a perspectiva social da saúde, capaz de apreender a realidade social e a construção da sociabilidade, através das relações e interações presentes nos processos de estruturação das relações sociais^(59, 83-85).

A valorização social de políticas voltadas para a descentralização e a territorialização e para a promoção da saúde (como se observa nos programas do PSF e dos CAPS, por exemplo) significa operar mudanças no paradigma da saúde, promovendo efeitos importantes sobre a participação dos movimentos sociais e dos atores sociais locais na organização das esferas públicas, já que minimizam as fronteiras entre os serviços e usuários.

O avanço na qualidade dos serviços e das ações de saúde (prevenção e promoção), se faz possível com a participação efetiva da população, já que é ela quem reconhece os problemas e possíveis soluções em saúde. Ou seja, a participação do usuário garante a democratização da informação e o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e deveres e não somente como alvo de prescrições médicas⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁾.

Nos países em desenvolvimento a relação entre saúde e *rede social* se mostra evidente devido à incipiência das políticas públicas e seguridade social da população, definidas pelo neoliberalismo⁽⁸⁵⁾. Muitas vezes, o “apoio social” é substituído pela atenção proporcionada pelo Estado, ou seja, é manifestado por meio do cuidado mais particular, mais privado, de esfera íntima e centrado na própria comunidade onde estão os doentes ou pessoas com necessidades especiais, incluindo os cuidados físicos e o apoio emocional⁽⁸⁷⁾.

Ao mesmo tempo, no contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência e baixa renda *per capita* são fatores que não contribuem para a mobilização da maioria população, e sim, para

uma ainda baixa capacidade de organização e atividade da sociedade civil, embora existam fortes grupos organizados em torno de seus interesses⁽⁸⁶⁾.

Exemplo disso é a correlação entre população em situação de rua e condições de saúde que demonstra que a formação de *redes sociais* pautadas em ações intersetoriais, na perspectiva da promoção da saúde, é uma possibilidade para a construção e gestão de políticas públicas inovadoras, já que grande parte da população não tem acesso ao mercado de trabalho, aos bens de serviços, o que reflete condições desfavoráveis de vida e de saúde dessa população⁽⁸⁸⁾.

Ao aprofundar a investigação teórica sobre *redes sociais* como categoria analítica nos processos de proteção ou vulnerabilização de pessoas ou grupos, observa-se que mesmo da perspectiva experimental, quantitativa, obtém-se argumentos sobre a relevância de sua abordagem como instrumento para compreensão das realidades e das relações intersubjetivas e intergrupais, como segue.

A ruptura de *laços sociais* aumenta a suscetibilidade a diversas doenças⁽⁸⁹⁾. Outros pesquisadores também afirmam que a falta de laços fortes na *rede pessoal* dos indivíduos vítimas de acidentes, imigrantes ou doenças crônicas, como hipertensão arterial, depressão, diabetes, demência, insônia, tabagismo e álcool é uma característica comum^(87, 89-91).

Uma *rede social* estável e confiável protege a pessoa contra a doença, atua como agente de ajuda, encaminhamento e pertinência nos serviços de saúde, acelera os processos de cura e é geradora de saúde. Em contraposição, a correlação entre adoecimento, especialmente em doenças prolongadas (câncer, Mal de Alzheimer, esquizofrenia) causa afastamento das pessoas próximas ou redução da rede pessoal, favorece a limitação das trocas sociais afetivas, reduz a oportunidade de contatos sociais, altera a relação com o trabalho e gera agravo da doença^(87, 90).

Índices de mortalidade e morbidade também são apontados pelos estudos epidemiológicos no âmbito das *redes sociais*⁽⁸⁷⁾. A importância da *rede social* fica evidente quando se explicita que existe um paralelo entre mortalidade e precariedade dos vínculos e laços pessoais e mortalidade infantil em famílias menos favorecidas⁽⁹²⁾.

Vários estudos epidemiológicos significativos realizados com milhares de pessoas nos Estados Unidos e na Suécia apontaram que existe correlação entre *rede social* reduzida e mortalidade, assim como *rede social* de tamanho mínimo prevalece mais nos homens do que nas mulheres, já que estas tendem a estabelecer relações de melhor qualidade, intimidade e duração⁽⁹⁰⁾.

A diminuição do apoio social, encontrado na *rede social* pessoal promove comprometimento do sistema imunológico corporal. A sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem estar relacionadas com o processo de saúde-doença, aumentando a suscetibilidade individual para as enfermidades⁽⁹³⁾.

A *rede social* influencia na adesão ao tratamento na área de saúde em geral, e ao êxito ou fracasso do mesmo, no suporte e no êxito do processo cirúrgico de mulheres com câncer de mama⁽⁹⁴⁾.

Nos homens, o efeito prejudicial da *rede social* mínima pode ser maior do que nas mulheres, já que por uma facilitação cultural, as mulheres tendem a estabelecer relações de melhor qualidade, tornando-as menos vulneráveis em relação à doença⁽⁹⁰⁾.

Por fim, os estudos que mais contribuíram para a ampliação dos estudos sobre *rede social* na área da saúde, em meados dos anos 1980, não por acaso, foram aqueles cujo objetivo era conhecer os tipos de relações e os comportamentos das pessoas infectadas pelo vírus HIV e os riscos da disseminação e contaminação da AIDS^(89, 92).

A concepção de *rede social* nesta pesquisa foi o primeiro lugar onde se pediu permissão para se entrar, para depois se procurar entender o que o AT ativou nesse território e no serviço.

b. Trabalho afetivo

O processo de pós-modernização econômica globalizada¹³ alterou profundamente as formas de organização do trabalho e redefiniu práticas e relações sociais¹⁴, do ponto de vista formal e da qualidade, advindas das mudanças do novo paradigma econômico⁽⁹⁵⁾.

O *trabalho imaterial*, próprio ao capital, se destaca de forma mais evidente nesta nova fase e comporta basicamente três dimensões que alçam o *setor de serviços* ao topo da economia informacional:

- *Primeira*: relaciona-se à transformação do próprio processo de produção industrial, quer dizer, com incorporação de tecnologias a fim de transformar o processo de produção, considerado agora como *serviço*, resulta que ao mesmo tempo o *trabalho material* de bens duráveis se aproxima e se mescla com o *trabalho imaterial*;
- *Segunda*: relaciona-se os trabalhos que empregam tarefas analíticas e simbólicas para a produção de bens de serviços;
- *Terceira*: carrega em si um aspecto que não pode ser mensurado pelos economistas, que é sua *dimensão afetiva*, envolvendo a manipulação de afetos, o contato e a proximidade humana⁽⁹⁵⁾.

¹³ A passagem dos paradigmas econômicos se deu em três momentos nos *países capitalistas dominantes*: o *primeiro* refere-se à agricultura e extração de matérias-primas, o *segundo*, chamado de modernização econômica, com a passagem da produção primária, para a secundária (industrialização) e o *terceiro*, com o domínio da indústria sobre os serviços e a informação (setor terciário), chamado pós-modernização ou informatização econômica. Os *países dominantes* estão eminentemente no *terceiro paradigma*, com informatização de todo o trabalho. A industrialização já não é o topo da hierarquia de mercados. Já os *países dependentes* economicamente foram excluídos do fluxo de capital e do acesso às novas tecnologias (como inúmeros países africanos). Países como Brasil, Índia e Rússia têm em sua economia a marca dos três paradigmas concomitantemente, mas não necessariamente, distribuídos de forma proporcional⁽⁹⁵⁾.

¹⁴ Vide os atendimentos psicológicos on line, agora já autorizados pelo Conselho Regional de Psicologia.

O *trabalho imaterial* depositado nos trabalhos informatizados produz redes de informações e de comunicação, é considerado produtor de serviços de alto valor e está na centralidade do poder econômico. É o auge da hierarquia das formas produtivas. Ao mesmo tempo que necessita de alta tecnologia e emprego de “manuseio simbólico criativo” baseado no acesso a informação e conhecimento necessita, entretanto, de um grande contingente de empregos de baixo valor⁽⁹⁶⁾.

A *imaterialidade* deste *processo produtivo* resulta na própria produção do *serviço*: conhecimento, comunicação ou um produto cultural. *Serviços*, portanto, designa um grande leque de atividades: assistência médica, educação, serviços financeiros, transporte, entretenimento e publicidade⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾. Ou seja, os trabalhadores do campo da saúde mental são produtores de serviços também, uma vez que o *trabalho imaterial* produz conhecimento, afeto e comunicação.

O desafio é a quem se destina tal *produto*. No campo da Reforma Psiquiátrica o alvo é o usuário de serviços públicos de saúde mental, via de regra fora do mercado consumidor dos *produtos* de saúde produzidos nos setores privados.

Portanto, *uma dimensão do trabalho imaterial* é o *trabalho afetivo* caracterizado eminentemente pelas interações e contatos humanos. O *trabalho afetivo* conecta também toda a gama de *trabalho imaterial*:

os serviços de saúde, por exemplo, baseiam-se fundamentalmente em *trabalho afetivo* e prestação de cuidados, e a indústria do entretenimento e as várias indústrias culturais enfatizam a criação e a manipulação dos afetos. Em maior, ou menor grau, esse *trabalho afetivo* desempenha algum tipo de papel em cada um dos segmentos da indústria de serviços, das lojas de fast food, às instituições financeiras, inserido nos momentos de interação e comunicação humana⁽⁹⁵⁾.

O *trabalho imaterial*, portanto, é aquele que produz *objetos* ou *coisas imateriais* como imagens, informações e símbolos. O *trabalho imaterial* tem a característica que ao ser produzido mobiliza aspectos subjetivos a fim de produzir requisitos imateriais no produtor do trabalho,

criando ou utilizando a imaginação, inteligência, afetividade, sonhos, crises e poder de conexão intersubjetiva. Ao mesmo tempo incide, também, no plano *imaterial* de quem os consome, como inteligência, percepção, sensibilidade e afetividade⁽⁹⁷⁾.

Os discursos na área da saúde mental sobre desejo e valor⁽⁹⁸⁾ bem como produção de afetos no trabalho, tem sido útil aos projetos anticapitalistas porque “o trabalho afetivo representa, em si e diretamente, a constituição de comunidades e subjetividades coletivas”⁽⁹⁵⁾.

A novidade no pós-capitalismo é a *produção de valor do trabalho afetivo*, ou seja, ele é produtor de capital e se generalizou em amplos setores econômicos. Cada vez mais o trabalho central é intelectual e comunicativo. Os trabalhadores investem nos processos subjetivos sua própria subjetividade⁽⁹⁵⁾.

A posição subjetiva (de escuta ou percepção do lugar ou não lugar do acompanhado no mundo) é substrato primordial do AT. É por meio desta posição e pelo que é afetado a ambos que é possível a construção ético-política do *dispositivo* clínico que tem em sua práxis as bases para a produção de ações criativas e transformadoras⁽⁹⁶⁾.

Esta posição produz a ruptura das técnicas disciplinares, da ordem adaptativa ao mundo, onde a alteridade é alijada em prol de técnicas de violência ou desprovidas de sentido. O *trabalho afetivo* produz subjetividade, redes sociais e vida, conceitos profícuos para o entendimento da prática pós manicomial^(95, 99).

Biopoder é o conceito foucaultiano atualíssimo que ajuda a entender as práticas disciplinares, cujo objetivo é submeter pelo *poder* (eminentemente econômico na atualidade) o indivíduo e seu corpo, para a normalização e adestramento às instituições a que pertencem (hospital, fábrica, prisão) com o intuito de sustentar o modo de produção capitalista. O biopoder age sobre o corpo-espécie, “no corpo transpassado pela mecânica de ser vivo, e como suporte dos processos biológicos” e abarca os processos de vida e morte, saúde e as epidemias, etc. O

biopoder age em primeira e última instância sobre a vida e a morte dos corpos produtivos das instituições⁽¹⁰⁰⁾.

Porém, ao mesmo tempo em que a sociedade disciplinar e suas instituições levam a vida ao máximo do desgaste por meio das investidas da tecnologia do poder econômico, também a colocou no centro das lutas contra esse poder. A vida, os direitos sobre ela, sobre o corpo, se transformaram no foco das lutas políticas de resistência

o que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as *necessidades* fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível. Pouco importa que se trate ou não de utopia: temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomado ao pé da letra e voltada para o sistema que tentava controlá-la⁽¹⁰⁰⁾.

A *disciplina* age em espaços de confinamento (escola, fábrica, hospital) dentro dos muros, o *controle* domina todo o tecido social, age por modulações flexíveis, controla o Tempo absoluto da vida, com tecnologias e informações cada vez mais aceleradas, articuláveis e mutantes⁽¹⁰¹⁾.

A transição da sociedade disciplinar para a de controle consolidou e consolida o modo de produção capitalista, que passou do industrial para o cognitivo, indicando a produção de *serviços* como o domínio das outras formas de produção⁽⁹⁶⁾.

Nessa transição, há lutas e reivindicações dos trabalhadores, dos movimentos estudantis, dos movimentos feministas e do próprio movimento da luta antimanicomial que se contrapõem às formas de produção capitalista com a reivindicação do estado de direitos.

Esses movimentos trazem para o cerne das discussões políticas o conhecimento, a vida enquanto indivíduo e não corpo-fábrica e a *afetividade*. Essa reivindicação significa a construção de *subjetividades* que passa ao largo das condições do trabalho alienado, obrigando uma certa reestruturação do capital e novas formas de comando, que não o disciplinar.

Essa passagem política coloca o *trabalho imaterial* numa posição dominante. O resultado do *trabalho afetivo*, a sua potencialidade, se traduz na produção de afetos e de

subjetividades e possui potência revolucionária, pois “apresenta enorme potencial para circuitos autônomos de valorização e talvez, de liberação”⁽⁹⁵⁾.

c. **Subjetividade e vulnerabilidade relacional**

Apreender a *subjetividade* não significa apenas identificar as formas pelas quais ela se reconhece e é reconhecida, nem tampouco é somente determinada por modelos de identidades ou identificações maternas ou paternas.

Conhecê-la implica compreender o processo de produção e emergência das figuras e formas (agir, pensar, imaginar, viver) como aparecem e se delineiam. Como estas figuras estão sempre condicionadas aos universos sociais que as compõem, se estes mudam, elas são invariavelmente pressionadas a mudar.

A *subjetividade* não tem como manter-se refratária às mudanças históricas em curso, como a história não pode se esquivar a compreender como a realidade social está se dando no nível da subjetividade⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾.

Os indivíduos são resultados de uma produção em massa e a subjetividade também é produzida e engloba não somente uma produção de subjetividade social, encontrada e fabricada em todos os níveis de consumo, mas ainda na produção de subjetividade inconsciente:

seria conveniente definir de outro modo a noção de *subjetividade*, renunciando totalmente à idéia de que a sociedade, os fenômenos de expressão social são a resultante de um simples aglomerado, de uma simples somatória de subjetividades individuais. Penso, ao contrário, que é a subjetividade individual que resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia, etc.⁽¹⁰⁴⁾.

Apesar das subjetividades contemporâneas serem produzidas por numerosas instituições simultaneamente, elas são constituídas em lugares indefinidos, de forma híbrida e modulada, sem os sujeitos ou identidades ocuparem necessariamente lugares fixos determinados socialmente, portanto, a subjetividade comporta a desterritorialização. Essas

subjetividades em formação são fundadas na cultura do imediatismo, da possibilidade da obtenção do prazer contínuo e de uma temporalidade instantânea⁽¹⁰⁵⁾.

O modo como os indivíduos vivem a sua subjetividade oscila a partir de uma relação de alienação e opressão, acatando e se submetendo a uma subjetividade tal como ele a recebe, ou numa relação de criação e expressão, processando a subjetividade “massificada”, produzindo os processos de singularização^(104, 106).

A subjetividade é intrínseca tanto à produção e ao consumo, bem como ela virou o próprio capital. Os *fluxos imateriais* afetam as subjetividades:

queremos dizer que eles (fluxos imateriais) afetam nossas maneiras de ver e sentir, desejar e gozar, pensar e perceber, morar e vestir, em suma, de viver. E *quando dizem que eles exigem de quem os produz sua subjetividade, queremos dizer que eles requisitam suas formas de pensar, imaginar, viver, isto é, suas formas de vida* (Grifos meus)⁽⁹⁷⁾.

Ou seja, consome-se formas de vida.

O que existe é uma produção de *subjetividade* não só dos indivíduos, mas uma *subjetividade social* encontrada em todos os níveis da produção de consumo. A produção de subjetividade com a marca do consumo abarca também o inconsciente⁽¹⁰⁴⁾.

Os estudiosos Pelbart, Negri, Hardt, Guatarri, Deleuze e Rolnik, tomados como referência na discussão sobre o conceito de *subjetividade* no AT, defendem que a subjetividade não se subsume ao indivíduo e insistem que a subjetividade pode ser pré-individual, individual, grupal e de massa e que podem ou não singularizar-se, dependendo ou não de linhas de potência criativa, no sentido de criação de sua sensibilidade e na criação de suas próprias singularidades.

Há dois planos diferentes que compõe a subjetividade, um *plano invisível* ou *molecular* onde não existe estrutura, identidade, modelo ou gênero, mas formatações ou “constituições de máscaras” engedrando diferentes formas⁽¹⁰⁴⁾.

O *plano visível* é da ordem da consciência, das representações e do imaginário. Para os autores, a produção de desejo acontece através de três movimentos, articulados entre esses dois planos.

O *primeiro* corresponde à linha do invisível, produzindo dessassossego e afetos, o *segundo* é um ensaio para uma nova forma na produção de um novo território existencial, ainda é uma simulação. O *segundo* movimento da produção do desejo vai dando forma, ainda no plano dos afetos, já ganhando um contorno no plano visível e o *terceiro* movimento é quando novos territórios e uma nova ordem se constituem⁽¹⁰⁴⁾.

O desejo, portanto, produz potência, transformação e criação. É a partir do encontro com o outro que pode ocorrer produção de desejo de vida e singularização, reapropriação dos componentes, até então cristalizados de sua subjetividade.

O *plano do visível* produz uma certa homogeneização, incidindo em subjetividade produtora de consumo, valor, preço. Esta homogeneização produz o achatamento do desejo e da subjetividade, que se efetua em movimentos, ou mecanismos de segregação, infantilização e culpabilização⁽¹⁰⁴⁾.

A definição de *subjetividade* a seguir auxiliará na análise das transformações ocorridas na vida do sujeito acompanhado na pesquisa, mediadas pelo trabalho afetivo realizado no CAPS Itaim Bibi e no AT:

conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *Território existencial* auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva. Assim, em certos contextos sociais e semiológicos, a subjetividade individua-se; uma pessoa, tida como responsável por si própria, posiciona-se no seio das relações de alteridade regida por seus usos familiares, costumes locais, leis jurídicas... Em outras condições, a subjetividade se faz coletiva, o que não significa que ela se torne, entretanto, exclusivamente social⁽¹⁰⁶⁾.

A fim de abordar a dimensão relacional da exclusão social, o conceito de *vulnerabilidade relacional* é tomado aqui como “a situação gerada pelos processos de exclusão

social gerados pela ausência ou debilidade de vínculos de inserção comunitárias” e foi concebido diante a perspectiva de análise das redes sociais, a fim de fomentar as investigações psicossociais atuais⁽⁶²⁾ com o objetivo de ser um gerador e norteador de intervenções, tanto das organizações sociais (ou no caso, nos CAPS e nos dispositivos comunitários), assim como na criação de política públicas.

As tecnologias da informação e comunicação, a transformação da estrutura produtiva, a alteração da pirâmide populacional, a flexibilização do trabalho e a conseqüente alteração na estrutura familiar, são profundas mudanças estruturais causadas pelo processo de globalização que alteram a estratificação social, dando lugar a uma socialização de risco e conseqüente aumento dos fatores dimensionais e coletivos de vulnerabilidade⁽⁶²⁾.

O fenômeno da exclusão não pode ser analisado somente diante das variáveis macro, como renda familiar, situação do trabalho, nível de escolaridade, nem tampouco explicado segundo as variáveis micro, como história de vida ou estratégias de sobrevivência, mas também deve-se salientar a importância das *redes sociais*, nas quais os sujeitos se relacionam.

Desta perspectiva os sujeitos encontram-se inseridos em entremeados de redes de relações sociais que podem proporcionar acesso ou não a determinados recursos, e influenciam suas atitudes, comportamentos e conhecimentos, segundo o qual é possível potencializar processos de fortalecimento comunitários, a partir da interação dos mesmos⁽⁶²⁾, daí a importância da promoção de encontros socioculturais e programas de trabalho e geração de renda.

A *vulnerabilidade* é encontrada em sujeitos que se encontram em situação asilar e dispõem de uma *rede social* de apoio frágil, que não lhe permite dispor de vínculos de inserção comunitária, ou em sujeitos que integram uma sub-rede marginalizada de maneira que não dispõem de vínculos suficientes de inserção comunitária. As sub-redes, nas quais pertence a

minoria fragilizada, excluída e desvalorizada, constituem elementos que dificultam o acesso aos recursos disponíveis⁽⁶²⁾.

A *vulnerabilidade relacional* vem caracterizada pela inserção dos sujeitos numa rede pequena e frágil e que estabelece conexões débeis com outras sub-redes encontradas no território, devido a ausência de nodos ou brokers (nodos que exercem de ponte entre redes heterogêneas)⁽⁶²⁾.

Essas redes vulneráveis são homofílicas (pares de iguais, mesmo tipo de vínculo), com poucas variações estruturais e incapazes de satisfazer as necessidades de seus integrantes. A vulnerabilidade tende a se agravar quando as redes se encontram estigmatizadas como resultado da extensão dos prejuízos encontrados no território⁽⁶²⁾.

A análise das *redes sociais* é uma importante ferramenta analítica que permite observar os aspectos *funcionais*, *contextuais* e *estruturais* sobre como se dão os processos de *vulnerabilidade relacional*⁽⁶²⁾.

Os *aspectos funcionais* (acesso a recursos materiais, de informações e emocionais) dizem das relações e características das redes sociais pessoais e podem fornecer informações sobre a inserção dos indivíduos e como esta o influencia⁽⁶²⁾.

Os *aspectos contextuais* (história da rede, inserção e permanência no território, e estigma) são singulares e compreendem a história de cada rede. Tais aspectos possibilitam a compreensão sobre como se dão os processos de vulnerabilidade relacional, ampliando a visão para além do indivíduo⁽⁶²⁾.

Os *aspectos estruturais* (tamanho, densidade, poder e centralidade dos laços e proximidade e distância da rede) são comuns às análises dos estudos sociocêntricos e permitem avaliar e dimensionar os movimentos de um ator específico em relação aos demais, as relações de poder e acessibilidade aos recursos disponíveis na rede⁽⁶²⁾.

As *redes vulneráveis* podem ter em seus membros, sujeitos com trajetórias exclusógenas, como pobreza familiar/estigma étnico ou sujeitos com fraturas relacionais que os expõem a situações de vulnerabilidade relacional⁽⁶²⁾.

Essas *fraturas relacionais*⁽⁶²⁾ podem ser vivenciadas devido à migração, separação conjugal, morte de familiares ou de amigos próximos, casamento, acidente que gera incapacidade, doença crônica, tóxico-dependência, perda do emprego, violência doméstica, maus tratos e internação.

Um modelo de categorização resume cinco modalidades de exclusão relacional: *situação asilar* (população de rua ou abandonados); *debilidade das redes familiares* (sujeitos com transtornos psíquicos, idosos ou desempregados de longa duração); *debilidades das redes sociais* (mulheres com sobrecargas familiares, desempregados de longa duração, pessoas com mobilidade reduzida, mulheres estigmatizada por violência doméstica, trabalhadoras (es) do sexo); *sujeitos marginalizados* (microcrimilidades e sujeitos em situação de tóxico dependência) e *redes homogêneas com baixa integração comunitária* (população migrante e minorias étnicas)⁽⁶²⁾.

As pessoas com experiência de sofrimento psíquico encontram-se nas cinco modalidades de *exclusão relacional* categorizadas.

O aprofundamento teórico sobre *vulnerabilidade relacional* e a análise das intervenções do AT e do serviço como *dispositivos* de inserção e ampliação da rede social do usuário de serviço público de saúde mental pode traçar intervenções inovadoras e críticas nos cotidianos dos atores envolvidos.

4. Resultados e discussões

Acompanhar um sujeito com experiência de sofrimento psíquico convoca certa radicalidade oposta à adoção de planos terapêuticos definidos *a priori*, oferta de recursos sociais e comunitários cristalizados e já instituídos, para a construção e invenção de *projetos de vida*, produzidos em *processo*, a partir das subjetividades de uma dupla que tem como ofício o desafio da afirmação da existência da loucura dentro da *normatividade* das ruas, da comunidade, dos serviços de saúde mental, para criticá-los e reinventá-los como *dispositivos* que produzem sentido *para a vida*.

O AT é um *dispositivo* (dada a pertinência conceitual advinda de Foucault, que Deleuze retoma), um conjunto multilinear “capaz de fazer e fazer calar”. Implica ao mesmo tempo linhas de forças invisíveis e visíveis “que não cessam de penetrar as coisas e as palavras, que não cessam de conduzir à batalha”⁽⁵⁵⁾.

Essas linhas de forças atravessam todos os espaços. O *dispositivo* ainda se define pela “novidade e criatividade, o qual marca sua capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de um dispositivo do futuro”⁽⁵⁵⁾.

O AT como um instrumento possível para a consolidação da Reforma Psiquiátrica compõe a multiplicidade de ações a serem experimentadas no processo de desinstitucionalização, uma vez que

todo esse percurso requer atores plurais, linguagem múltiplas, novas intervenções, ações que se tornam mais complexas no decorrer da própria prática, trabalhar com conflitos, ativar processos, produzir políticas, inventar possibilidades⁽¹⁰⁷⁾.

O AT, portanto, é um *dispositivo* de intervenção que tem a missão *ética* de desconstruir ultrapassados estatutos epistemológicos das denominadas “doenças” e seus

tratamentos, e, ao mesmo tempo *política*, de desmontagem dos aparatos institucionais e ideológicos que tamponam a dimensão cidadã dos sujeitos com experiência de sofrimento psíquico.

4.1 Resistência, consistência, continência

a única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade auto-enriquecedora de maneira contínua na sua relação com o mundo

Félix Guattari

A política de saúde mental implantada no município de São Paulo, na gestão de 1989 a 1992, administração Luiza Erundina, deu forma a uma rede de serviços: o hospital dia, HD, em saúde mental, um dispositivo de atenção intensiva destinado a pessoas com transtornos psíquicos e familiares em situação de crise, com funcionamento integrado com unidades básicas de saúde, centros de convivência, emergências e enfermarias psiquiátricas de hospital geral. Esta política seguia claro alinhamento às diretrizes do Sistema Único de Saúde, SUS, recém promulgado e em fase de implantação nos níveis de gestão dos estados e municípios⁽⁶⁹⁾.

O Plano de Atendimento à Saúde, PAS, implantado na gestão subsequente de Paulo Maluf, na Prefeitura Municipal de São Paulo, gerou uma ruptura na implantação do SUS na cidade e impôs o gerenciamento da rede municipal de saúde por cooperativas privadas, de médicos e funcionários, marcando um retrocesso histórico em relação às conquistas políticas e sociais advindas com o SUS, na forma das Leis Federais n°8.080 de 1990 e 8.142 de 1990⁽¹⁰⁸⁾.

São princípios e diretrizes do SUS:

universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; *integralidade* da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; *preservação da autonomia* das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; *igualdade* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; *direito à informação*, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; *divulgação de informações* quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; *utilização da epidemiologia* para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; *participação da comunidade*; *descentralização político-administrativa*, com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; *integração* em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; *conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos,*

materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; *capacidade de resolução* dos serviços públicos em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Grifos meus)⁽¹⁰⁸⁾.

O retrocesso causado pelo PAS é evidenciado em vários aspectos, tais como: a) com relação às tecnologias de atenção, houve aumento de atendimento médico individual, embora subsistisse demora no atendimento, mostrando o ciclo vicioso da demanda crescente; b) falta de estratégias para a operacionalização das ações em saúde em comunidades ou população em situação de risco, sem levar em conta o vínculo entre profissionais e usuários; c) com relação à autonomia, a maioria dos profissionais que aderiram ao programa, que concebia a atenção à saúde somente do ponto de vista biológico, não compreendia o conceito, dificultando os fomentos nessa direção e d) a saúde coletiva não era contemplada nas estratégias⁽¹⁰⁹⁾.

Em maio de 2001 a retomada das unidades do PAS pela Prefeitura desencadeou a reconstrução do sistema de saúde municipal como um todo e no HD do Itaim, cenário deste estudo, em particular.

A nova gerência, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, implantou um projeto institucional baseado nos princípios do SUS, em implantação no município, após quase uma década de atraso. Com o SUS implantado no município, o CAPS Itaim Bibi tornou-se unidade de alta complexidade com o cadastramento do serviço como CAPS II no Ministério da Saúde, em 2002.

O CAPS Itaim Bibi assumiu seu *lugar estratégico* como o preconizado pela Reforma Psiquiátrica na articulação e tecimento da rede de atenção. O serviço faz matriciamento de saúde mental das equipes das unidades básicas de saúde com a estratégia do Programa Saúde da Família; assume práticas de aproximação com a vida comunitária e a autonomia dos usuários quando articula os recursos existentes ou criados em outras redes; faz inclusão socio-cultural mediante parcerias no campo da cultura para viabilizar o Projeto Cultural Cordão Carnavalesco

BiBiTanTã; faz articulação com Associações e Organizações não governamentais do território na atenção a pessoas em situação de rua; incuba o empreendimento econômico solidário O Bar BiBiTanTã⁽⁷³⁾.

Diferentemente do cenário do PAS, os CAPS, NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, são regulamentados pela Portaria n° 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

A Portaria amplia o funcionamento e complexidade dos CAPS, a fim de prestar atenção psicossocial às pessoas com experiência de sofrimento mental, num determinado território, com cuidados individualizados e reabilitação psicossocial, substituindo o modelo hospitalocêntrico, a fim de evitar as internações e possibilitar o exercício da cidadania e a inclusão social das pessoas e famílias⁽⁷¹⁾.

Estes são os cenários institucionais por onde tem andado K.

K. se cuida no CAPS Itaim Bibi desde 1995. Foram necessários seis anos para que a rede social de K. sofresse mudanças significativas, em relação à sua qualidade de vida, no que tange ao aspecto da sociabilidade e da subjetividade.

Este estudo de caso evidencia que a ampliação do repertório de vida de K. está intrinsecamente alinhada às mudanças históricas e sociais advindas da implantação das políticas públicas no contexto da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

A Reforma Psiquiátrica¹⁵, iniciada nos anos 70, em conjunto com a redemocratização do país e suas alianças com o movimento da Reforma Sanitária¹⁶, não percorreu um processo linear e evolutivo ao longo da história, e expressa diferentes movimentos políticos institucionais

¹⁵ Sobre o processo histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira consultar: Amarante P; Barros S; Aranha e Silva AL; Goldberg JI; Pitta AM; Nicácio MF; dentre outros.

¹⁶ VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987; I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987; Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em Caracas em 1990; II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992; III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001. Para informações detalhadas destes eventos, consultar seus respectivos Relatórios Finais.

na implantação do SUS, e percalços nas garantias de direitos dos usuários do sistema público e, em especial, dos que utilizam equipamentos de saúde mental.

O relato abaixo, da mãe de K., evidencia a importância da dimensão relacional da exclusão social, marcada pela fragilidade de laços sociais e comunitários das pessoas que vivem em desvantagem social, não só, mas também, porque vivem a experiência de sofrimento psíquico e a responsabilidade, contundência e repercussão das políticas públicas que norteiam as intervenções de saúde na vida das pessoas⁽⁶²⁾:

“bom, ela foi atendida com vários médicos, só que no começo, ela melhorou um pouco, depois entrou na gestão do Pitta, entrou uns médicos que... ficou meio parado... A K. só continuava daquele jeito mesmo, não ia pra frente nem pra trás e os médicos diziam que a K. não tinha cura, naquela época né, naqueles médicos... Então eu já estava desesperada, o médico falava: 'faça bastante horário junto com ela, porque daqui há pouco, ela não vai sair mais de casa, não vai acompanhar mais vocês' Aí depois que saiu o PAS, que mudou outra vez todos os médicos, aí a K. encontrou uma médica muito boa, a psiquiatra, né... daí ela começou a melhorar dia-a-dia e continua melhorando. Tudo isso lá no CAPS, depois saiu o PAS e entrou a dona B. (gerente do serviço) e até hoje a K. está lá... Com a ajuda da dona B., nossa, minha filha melhorou, pode falar que 100%! E depois com o acompanhamento melhorou mais ainda”

4.2 Rede, rede de serviços, rede de agenciamento: territórios e territorialidades

*À pergunta: tem amigos? K. responde:
“acho que tenho, mas não me lembro porque eu tenho problema mental”*

Apesar da década de noventa (década da entrada de K. no então denominado HD Itaim Bibi) marcar um momento histórico importante no país, que delineava os avanços das conquistas atuais, com a instituição das Portarias nº 189/1991 e nº 224/1992 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a cidade de São Paulo sofria um retrocesso claudicante, com a implantação do PAS.

A reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental, a incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS e maior rigor com as regras do funcionamento e fiscalização dos hospitais psiquiátricos, configuravam passos importantes em direção à estruturação da rede de atenção em saúde mental.

Entretanto, a população de São Paulo, e em especial os que dependiam do sistema público de saúde mental, em meados da década de 90 se viu confiada a instituições atravessadas por propostas políticas mercantilistas, preocupadas com o estabelecimento de funções a serviço da dominação, mistificação e empobrecimento dos recursos materiais, sociais e subjetivos.

No âmbito deste estudo, o rótulo de doente mental tampona possibilidades de produção de vida, ao mesmo tempo que massacra, nos espaços de tratamento, qualquer possibilidade de produção do novo, atingindo não somente os usuários dos serviços, mas os trabalhadores da área da saúde que não concordaram ou aderiram ao sistema, por questões ético-políticas:

“quando nós voltamos, depois desses seis anos do período do PAS, quando eu e algumas pessoas do antigo HD do Itaim voltaram (devido a não aderência ao sistema) encontrei a K. Foi

a primeira pessoa que eu vi que eu lembrava... O serviço tinha um perfil manicomial: um serviço fechado, tinha cadeado nas portas e eu fiquei muito impressionada com o serviço e com os pacientes que eu conhecia. Os pacientes ficavam internados dentro do hospital-dia, e a K. tinha aquele perfil, estava enorme e eu queria que ela me reconhecesse e até eu demorei a entender que era ela, porque quando ela chegou, ela era magrinha, miudinha..."

Os avanços oriundos das Portarias apontavam aspectos relativos à humanização da assistência, ao tratamento ético, à necessidade de reintegração social dos usuários dos serviços de Saúde Mental e a oferta de procedimentos terapêuticos⁽¹¹⁰⁾.

Porém, no período de conquistas no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica e consolidação do SUS em grande parte do país, K. encontrava-se em uma situação asilar no HD Itaim Bibi, apesar de em seu histórico não haver internação em hospital psiquiátrico tradicional.

Devido à proposta político-institucional adotada então, era inexistente na vida de K., vínculos de inserção comunitária, dificultando sobremaneira o acesso aos recursos disponíveis no território, acentuando seu estado de *vulnerabilidade social*⁽⁶²⁾.

A aprovação em 2001, no Congresso Nacional, da Lei 10.216, marcou o passo maior na conquista da proteção e dos direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, tais como:

redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, em base comunitária, a fim de assegurar a reinserção social, em seu ambiente social, laboral e familiar; proteção contra abusos ou experimentos invasivos; indicação da internação hospitalar como último recurso hospitalar; responsabilização do Estado para o desenvolvimento de políticas de saúde mental, a fim de garantir a assistência e a promoção de ações de saúde, com a participação da sociedade e da família ⁽⁶⁵⁾.

O antigo HD Itaim Bibi foi transformado em CAPS II Adulto Itaim Bibi, em 2002, pela Portaria n° 336, quando da classificação dos CAPS em modalidades, de acordo com a complexidade, abrangência e características do território.

A Portaria n.º 336 permite a concretização da rede substitutiva de atenção à saúde mental, com o CAPS estruturado como serviço territorial conferindo-lhe o lugar estratégico na

organização, reformulação e coordenação local das ações e programas de saúde mental. A recomposição do serviço, em 2001, assumiu claramente esta função:

“a gente começou com dispositivos externos aí... no Centro de Convivência lá de Santo Amaro, que é a região dela, com a idéia de se aproximar um pouco mais do que tem na região dela... Porque tem isso, quando voltamos lá em 2001, a idéia era territorializar o máximo possível o serviço, regionalizar, e tudo o mais... Mas alguns pacientes, e eu me lembro que a M. falava muito 'ai, pelo amor de Deus, não vamos começar em outro lugar'... e aí a gente entendeu que tinha alguns pacientes que iam continuar no CAPS, enquanto o CAPS tivesse função pra eles... Eu acho que a diminuição tem a ver com isso... o CAPS não promovia essa abertura que a K. precisava e o enfrentamento que tinha que ser feito era com a rua, era com a vida, né... e no CAPS eu acho que ela ficava muito protegida...”

O CAPS Itaim Bibi passou ocupar um lugar estratégico e fundamental na ampliação e transformação da vida de K., encontrando fora do serviço, os *dispositivos* necessários para isso.

O AT foi incluído no tratamento de K., por meio do (re)conhecimento da gerência, como um recurso para a sustentação de K. na vida e nos caminhos que a levam até o CAPS e fora dele, aos outros recursos existenciais e outros lugares existentes no território:

“e aí com a C. a gente começa a discutir que seria muito interessante que ela tivesse um acompanhante terapêutico, que ela tivesse uma abordagem fora da casa e do CAPS, porque eram os únicos lugares que ela freqüentava e, de vez em quando, a lanchonete...”
“objetivamente, a K. pôde experimentar circular pela cidade sem a família, circular pra casa dela e pro CAPS... A M. tinha percurso, sustentava as saídas, as dificuldades da família, acho que lidava habilmente com isso... a K. começou a sair sozinha de ônibus...”
“na verdade, a gente se surpreendeu muito, porque à medida que o acompanhamento foi dando linha, ela foi respondendo... a gente se surpreendia, porque a primeira vez que ela saiu sozinha de ônibus, depois de ter feito o caminho com a M.... ela chegou bem... Depois ela foi contanto várias situações em que ela dormiu e passou do ponto, situações que ela foi se virando... enfim, apareceram iniciativas que ninguém esperava que ela pudesse ter...”

O AT insere-se no Plano Gerencial apresentado à Secretaria Municipal de Saúde em 2004, pela gerente do serviço, como um projeto intersetorial a ser potencializado no serviço, por meio de parceria de estágio com Cursos de Formação em Acompanhamento Terapêutico, com duração de seis meses.

A indicação das acompanhantes de K. deu-se a partir do contato da própria rede social pessoal da gerente do serviço, evidenciando *o lugar estratégico ocupado pela direção*, potencializando a missão do CAPS Itaim Bibi de realizar parcerias institucionais e intersetoriais:

“enfim... entendemos que era super importante, que a gente não tinha perna pra fazer... E a gente foi trabalhando com a família que valeria a pena contratar um acompanhante que fosse formado e que eu tinha a indicação. E que poderia indicar, e eu indiquei a M. Com a M., eu acho que abriu-se mesmo, um campo de trabalho e experimentação para K. e para a família, fundamental”

“porque a gente foi entendendo que o CAPS acabou sendo muito mais um lugar pra ficar, do que um lugar pra experimentar outras possibilidades e tal... e aquilo que o dispositivo que a gente foi entendendo que poderia facilitar uma experimentação diferente foi o at... enfim a finalidade da frequência no CAPS, intensiva, tem uma função de promover, facilitar, enfim... experimentações, ampliação do repertório... e que a finalidade última é ampliar o potencial de autonomia”

A indicação de uma acompanhante particular evidencia que o campo de estágio oferecido pelo CAPS Itaim Bibi não abarca a demanda dos usuários que necessitam de um trabalho “delicado”, que tem a afetividade e a solidez do vínculo com o acompanhante como lugar fundamental para que mudanças potencializadoras de vida possam acontecer.

“fui trabalhando isso com a família... primeiro porque a família tem possibilidade de pagar e fomos trabalhando isso, olha a K. tem o CAPS (enfim, tá sendo pago com os impostos, um serviço público e tudo o mais) e não temos no serviço público esse dispositivo que pra ela é fundamental e que precisa ser feito por alguém que já tem uma trajetória...”

A inexistência de leis para contratação efetiva de acompanhantes terapêuticos nos serviços públicos ou parcerias onde os acompanhantes possam ser remunerados, ou ainda, a

falta de definição de pagamento ou financiamento para o procedimento do AT marca a reprodução da desigualdade social dentro dos serviços, contradizendo os princípios do SUS.

Esta situação evidencia a necessidade da criação de uma política neste sentido, para garantir o acesso a este *dispositivo* para todos os usuários dos serviços públicos que necessitam de AT, como forma de inclusão social.

Ou, de outra forma, se o AT é um *dispositivo* importante para a tomada do território como afirmação de cidadania do usuário, a inacessibilidade ao dispositivo pode acarretar ou ratificar uma forma de exclusão territorial ou ao menos, a afirmação da naturalidade da diferenciação ontológica (próprias aos encarcerados, à população em situação de rua doentes mentais).

Ao mesmo tempo, a ação da gerência do CAPS Itaim Bibi para a indicação e fomento de parcerias com outros dispositivos, inclusive com o AT, é fundamental e explicita o compromisso efetivo e ético com a desinstitucionalização. Mas, cabe perguntar: porque os trabalhadores dos CAPS não tomam para si esta função?

Os trabalhadores do campo psicossocial, no percurso da desinstitucionalização, passam a se responsabilizar pelas *necessidades* de saúde da população de um dado território, a intermediar as mudanças sociais necessárias para o resgate dos direitos das pessoas e necessitam de um complexo desempenho e domínio de vários campos do conhecimento: técnico, social, jurídico, ético e político⁽¹¹¹⁾.

Esses conhecimentos devem atravessar os recursos intersetoriais presentes no território, para produzir mudanças na atuação dos trabalhadores na direção transetorial, ultrapassando diversos saberes, para transformá-los, criando interferências nos campos instituídos, nomadizando as fronteiras, afirmando o conceito transdisciplinar, quando este propõe uma relação de perturbação, e não trocas de conteúdos, funcionando como intercessores⁽¹⁰¹⁾.

Essa relação mesclada de campos transdisciplinares foi fundamental para que houvesse, a partir dos *dispositivos* de intervenção (o CAPS Itaim Bibi e o AT), a constituição e alargamento da rede territorial de K. para que outros *dispositivos* pudessem ser abarcados ou trançados, a fim de compor os nodos necessários para a sustentação dos projetos de vida de K.

Assim, o AT funciona em *rede*, e o CAPS Itaim Bibi é o articulador dessa rede, como indicam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, para ampliar os territórios existenciais de K., conforme salienta a gerente do serviço.

“o projeto terapêutico da K. proposto pela instituição inclui o acompanhamento terapêutico... então as conversas com os ats são fundamentais... o at passou a ser um parceiro da instituição e é fundamental, é meu parceiro de trabalho”

“pra muitos pacientes o acompanhamento tem um lugar fundamental de viabilizar... porque seria importante que o sujeito pudesse experimentar, voltar a escola, por exemplo... às vezes, não é a escola que ele fez, mas é um lugar de conhecimento possível, e que faça sentido pra ele”

“a K. passou a fazer várias coisas, né... ela foi fazer o kumon, japonês, e faz no CECCO, natação, mosaico... E trabalhar também com aquilo que faz sentido pra ela, porque a gente, também fica tentando sugerir uma série de coisas que, também, não necessariamente, tem que fazer um monte de coisas”

K. integra uma sub-rede marginalizada e frágil, com contatos sociais restritos¹⁷. Pode-se concluir que o AT é um interconector referencial, ou nodo, ou broker⁽⁶²⁾ de articulações possíveis no social.

Ou seja, o AT atua substancialmente como sustentação dos outros dispositivos encontrados no território. O AT não amplia a rede de contatos íntimos de K. em termos de quantidade de pessoas, mas a sustenta nos espaços de pertencimentos, criados ou alicerçados pela relação da dupla ou indicados pelo CAPS Itaim Bibi.

Uma das acompanhantes terapêuticas frisa as conexões com os territórios, possibilitados a partir do AT:

¹⁷ Veja o Diagrama da página 80.

“eu disse 'olha K. isso é muito importante de você pensar, programar o nosso passeio, ver aquilo que tem mais a ver com você'... Então tava tendo aquela comemoração Brasil, Japão e tinha muita exposição, muito show, então fomos em várias exposições, ela que escolheu, a gente foi no Ibirapuera, a gente foi no Instituto Tomie Otake, daí ela escolheu outro dia uma exposição super pequenininha na Vila Madalena, que é um lugar bem pequenininho, que ninguém nunca vai e ela falou 'é esse o lugar que eu quero ir'... era uma exposição abstrata, difícilíssima de entender, mas ela queria ir, daí a gente foi... Uma peça de teatro... ela trazia sempre um panfleto de uma peça que ela queria assistir e fomos no teatro Paulo Eiró, ao lado da casa dela, a peguei em casa e a gente foi assistir à peça, depois a gente foi comer alguma coisinha...”

K. mantém poucos contatos sociais com sua rede relacional, e seus contatos incluem pessoas que também possuem uma rede social fragilizada, como usuários do CAPS. Seus relacionamentos mais estreitos se restringem aos profissionais de referência e à própria família.

O aspecto funcional da *rede social* de K. conforme o conceito de *vulnerabilidade relacional*⁽⁶²⁾ retrata que as relações sociais de K. se dão sobretudo com familiares e com poucas pessoas do CAPS e acompanhantes terapêuticas. Mesmo atuando como *dispositivos* fundamentais de pertencimento de K. e ampliação da sua rede de circulação e troca social, segundo todos os sujeitos entrevistados, seus contatos pessoais são restritos:

“eu gosto de conversar com todo mundo aqui dentro... gosto de conversar com o guarda”
Pesquisadora: Você vai com quem a esses lugares (CECCO, natação, japonês, parque, shopping...)?
“Eu vou sozinha e com a at e com a minha mãe também, com primo, com o avô, eu saio pra passear”

A acompanhante de referência, A#2, menciona:

“a C. (usuária do CAPS Itaim Bibi) é uma amiga dela, aos trancos e barrancos, tem algumas dificuldades, mas são amigas, tem a mesma idade, tem algumas limitações e potencialidades parecidas... tem um outro paciente do CAPS, que ela fala muito, e um dia fomos assistir a um filme nós três, que queria namorar ela, e ela não quis, mas é alguém que ela tem um vínculo muito bacana’

Os vínculos de amizades com os usuários são escassos, mesmo K. freqüentando o CAPS há muitos anos, ainda na perspectiva da gerente e de A#2:

“então, ela freqüentava todos os dias e tal, e ela freqüentava basicamente todas as atividades, mas não ficava muito nas atividades, ela circulava muito pelo serviço, a T.O. era um lugar que ela fica mais, mas antes ela tinha muito uma atitude de ficar escrevendo, escrevia, escrevia, escrevia... e depois passou a desenhar um pouco, ela falava que ela queria ser estilista, e é quando ela começa a se comunicar mesmo, mais verbalmente, inclusive... interagir mais com os pacientes e com os terapeutas. A K. até hoje, não é que ela conversa com muita gente, hoje ela está se socializando mais mesmo, né... mas ela nunca foi de falar com todo mundo, tem algumas pessoas... tem a C. que ela conversa mais, a F., o L.”

“E aí teve um movimento bastante interessante nesse processo de ir para o mundo, de fazer coisas prazerosas, mas sempre nós duas, isso é bom frisar. Muitas vezes, a gente estava em lugares que tinha outras pessoas, ela buscava uma interação com um vendedor, ou com alguém que tava na loja, mas era... fica aí assim... Eu sempre perguntava se ela queria trazer gente, se podíamos sair em grupo, e ela sempre querendo sair mais comigo. Tiveram umas três vezes, que eu consegui levar, às duras penas, a C. do CAPS, que é uma outra paciente, pra gente ir no shopping, foi fantástico”

A atuação de interconector do AT, como sustentador do pertencimento em diversos equipamentos sociais encontrados no território, é de fundamental importância para que K. consiga inserir-se em outros espaços sociais que não somente o CAPS e sua rede familiar.

O conceito de *vulnerabilidade relacional*⁽⁶²⁾ dos estudos sobre rede social e saúde mental permite observar e corrobora que o meio familiar se coloca como *maioria* da rede social pessoal, no universo das pessoas com experiência de sofrimento psíquico. A narrativa da família de K., pela voz da mãe, evidencia a escassez da rede social e pessoal, como se constata abaixo:

Pesquisadora: Ela tem amigos?

“Eu acho que é difícil, né... Porque o irmão é muito chato, meu filho né... e ele toma muito cuidado... tem alguns meninos que às vezes quer conversar com ela e ele fala: 'olha, cuidado, não sei o que'... aí ela fica receosa... Mas ela não tem muita oportunidade de entrar no meio de jovens então tá sendo difícil, e ela fala 'mãe, eu quero namorar' (rs) De

vez em quando ela fala 'mãe, eu acho que eu não vou casar nunca', por que eu acho que ela tem na cabeça isso, né... A gente fica meio preocupado...(rs)''

A intervenção com a família foi fundamental para a ampliação da rede de pertencimento de K, conforme relatado pelo representante do serviço:

“então a abordagem com a família foi fundamental, a mãe fala bastante isso, como foi ajudando a lidar com a K., o que acontecia com a K. tinha a ver com ela e com aquela constelação familiar também, não era uma coisa que tinha a ver só com a K.”

“a mãe ouvia falar que os hospitais são mesmo lugares de segregação, mas então, essa oferta de um atendimento fora do hospital, voltando para a casa, sempre foi bem aceita... então foi uma família que sempre colaborou. E pro serviço isso era muito importante, porque ela era muito menina e pro serviço era muito importante que ele conseguisse acompanhar essa família, acompanhar a K., prescindindo ao máximo da internação. E realmente a K. passou esses anos todos sem precisar de nenhuma internação psiquiátrica”

A atuação do AT e do CAPS Itaim Bibi para que os horizontes de K. sejam outros que não os da carreira psiquiátrica, acentuam a ação do CAPS como articulador estratégico para a ampliação de seus entornos existenciais com a galvanização de dispositivos primordiais de desinstitucionalização.

Além disso, o AT é evidenciado como sustentador do sujeito nos diversos espaços sociais, a partir da relação acompanhante/acompanhada. É na relação subjetiva e transferencial da dupla que a articulação do AT com os territórios disponíveis podem ser criados, como espaços realmente significativos para o sujeito, atuando como um recurso de invenção e descoberta de sentidos, onde a alteridade pode acontecer.

É esta produção de vida, de sociabilidade e a utilização dos espaços coletivos que recompõe a função política e social das práticas em saúde, do AT inclusive, e promove a desconstrução do paradigma reducionista médico-positivista⁽¹¹²⁾.

4.3 Sentidos diversos para atores diversos

Pesquisadora: Parece que isso tem haver com autonomia...

Sujeito: Parece né... Dá até pra fazer uma leitura assim... Mas eu acho melhor deixar todas hipóteses

O *trabalho imaterial* é uma “forma de trabalho que cria produtos imateriais, tais como saber, informação, comunicação, relações ou ainda reações emocionais”⁽⁹⁶⁾.

Outra dimensão do trabalho imaterial é a dimensão do *trabalho cognitivo e linguístico*, que comporta a resolução de problemas, tarefas simbólicas ou analíticas ou ainda formas de expressão linguística. São novas formas de trabalho proletário, já que esse tipo de emprego exige conhecimento especializado, como capacidade de processar símbolos, ao mesmo tempo que empregam os trabalhadores com baixa qualificação e os remuneram com baixos salários⁽⁹⁶⁾.

O *trabalho imaterial* está mesclado nas formas de *trabalho material* nas ações em saúde, ou seja, preenchem tarefas afetivas, mas também materiais, como puncionar uma veia, por exemplo⁽⁹⁶⁾.

O AT comporta intrinsecamente a dimensão afetiva do *trabalho imaterial* e por vezes, nos momentos de grande crise do acompanhado, pode comportar uma dimensão *material*, como dar banho, por exemplo. Mas a iminência da dimensão afetiva e linguística/cognitiva, aparece na práxis diária do AT.

O *trabalho afetivo*, categoria que concerne ao AT, dimensiona completamente as interações, os contatos humanos e prestação de cuidados. A manipulação dos afetos ficaria com as mídias e as indústrias culturais⁽⁹⁵⁾.

As finalidades dos trabalhos afetivos são produzir redes sociais, formas de comunidade e biopoder (vida)⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾.

Nas entrevistas, os diversos sentidos do AT para os diferentes sujeitos entrevistados, aparecem contradições e convergências no campo da prática e do discurso.

Para as acompanhantes terapêuticas A#1 e A#2 o sentido do trabalho do AT são divergentes e refletem diferentes visões de mundo e concepção da práxis.

A#1 associa o sentido de *autonomia* não como uma forma ou meio de promoção de independência ou satisfação de necessidades e desejos de K., mas como manifestação do seu próprio afeto, no caso, a ansiedade do primeiro encontro e da sua responsabilização pela acompanhada diante da substituição da licença maternidade de A#2, que está no caso há alguns anos:

“na reunião (da apresentação dela à acompanhada), quando eu fui falando no que eu pensei em trabalhar, eu coloquei nessa reunião que eu ia trabalhar a autonomia. Porque eu pensei: 'deixa eu colocar essa palavra, porque essa passagem de ats, da M. sair, me pareceu uma coisa um pouco ansiógena, é claro... eu disse, deixa eu dar um nome prá isso. Ela está fazendo uma passagem nova e isso é autonomia, e que bom que ela está podendo conhecer uma pessoa nova”

“a palavra autonomia diz de deixá-la responsável por essa passagem... Eu não vou ter que agradecer, não vai ser uma coisa igual a M. Aí ela tem que lidar com essa diferença”

Outro fragmento contraditório entre o discurso e a prática de A#1 diz respeito aos movimentos de K. em direção à tomada de posição, para a realização de escolhas de lugares, que ora são vistos como autonomia, ora não:

“ela quer ir num restaurante na 23 de maio que ela pensou em ir no final de semana com a família. E eu (pergunto) se dá tempo para fazer isso”

“ela escolheu ir pra outros lugares, tantos lugares... primeiro foi shopping, que ela fazia com a M., depois a padaria que ela fazia com a M..., depois fomos a uma loja que ela adorou”

Apesar da contradição, o discurso demonstra a disponibilidade de A#1 atuar no sentido da demanda e da necessidade de K., não impondo, unilateralmente, um sentido de intervenção.

Diferentemente, para A#2, o sentido do trabalho do AT é construído a partir da relação, que pode mudar de acordo com as necessidades, do momento de vida e do desejo do acompanhado. A construção de projetos de vida, como trabalho, lazer e diversão, são finalidades do AT e são tecidas pela dupla, potencializando o vínculo entre ambas, na tomada de posição na vida de K.:

“eu comecei o caso com a idéia de poder investigar com a K., a partir da relação, atividades que fizessem sentido pra vida dela... esse ir pro mundo era que ela pudesse desenvolver atividades que ela se interessasse e comecei a investigar com ela, o que ela gostava, o que fazia sentido pra ela”

“ela disse que gostava muito de computação e então, a gente foi no CAPS Itapeva ... daí ela foi numa aula e disse que não gostou... Ela não precisava de uma atividade que pode vir a ser uma atividade profissional, não era isso que ela queria no momento”

“e aí eu fui vendo que as atividades que ela fazia... esse trabalho (na lanchonete da família), ela faz kumon duas vezes por semana, porque é uma coisa que a família super banca... e fora isso faz lian kung, tai chi, no CECCO de Santo Amaro, ela gosta também, faz natação duas vezes por semana, quer dizer, eu fui vendo que ela estava ali com as atividades, que de certa maneira ela estava escolhendo e que ela não estava pedindo aquilo, ela estava pedindo lazer, ela estava pedindo outras coisas... Então ela quer ir ao shopping, quer ver gente, quer ver roupa, ela quer conversar sobre namorado, ela quer ir muito ao cinema, diz que tem vontade de ir em barzinho... então o que eu comecei a... não direcionar mais como eu estava direcionando e pegando todas essas brechas ligadas ao trabalho...”

O sentido do acompanhamento passa a ser *uma possibilidade de mudança na vida do acompanhado*, um deslocamento do lugar de objeto, de quem não consegue ou pode fazer escolhas, para um lugar de sujeito, onde suas demandas são construídas e possibilitadas no cotidiano da relação da dupla.

Apesar de transformações na vida do sujeito ser possível com o AT, algumas conquistas ou ampliação dos interesses são restritas ao contado com o acompanhante. O “ir para o mundo”, as atividades significativas de lazer, diversão, ficam localizadas na relação da dupla:

“não tem nenhum espaço na vida dela de lazer, fora o AT. Final de semana, e durante a semana, o tempo inteiro que sobra, ela fica vendo televisão, ajuda na casa, limpa... Acho que o máximo que faz é ir no supermercado com a mãe, e de vez em quando eles vão para a Aparecida do Norte”

Do ponto de vista teórico, para A#1 a *práxis* é necessariamente vinculada à psicanálise e seus constructos, colocando-os como formas de intervenção e conduta, para a produção do sentido do acompanhar:

“não tem como eu trabalhar sem eu me aprofundar, já é uma coisa que eu carrego desde que eu comecei a estudar Freud, de que as coisas tem uma cadeia associativa, de que há uma história dentro de cada aparelho psíquico e que funcionam de um jeito, não há um jeito certo, é um jeito que traz prazer e traz angústia...”

“eu acho que tem um trabalho como psicótico, quando eles falam de um delírio e dessa produção que parece sem sentido, tem um sentido que é tão tramado e que pra o outro é tão difícil chegar lá...”

“e um at cria uma espécie de espaço, que um coordenador de grupos chamava de estômago mental, um espaço pra refletir, não adianta, você vai sentindo coisas junto também... Um espaço pra refletir, guardar durante um tempo, pra devolver depois...Eu costumo sentir junto, pra refletir...que coisas são essas, qual a origem da psicose, porque acontece isso, porque não acontece outra coisa”

As questões em torno das etimologias e da diversidade das áreas do conhecimento, como antropologia, sociologia, filosofia e geografia e, sobretudo a psicologia, psicanálise e psiquiatria, para a construção de conceitos e intervenções no AT são sempre motivos de discussões

O que se coloca é o necessário exercício de uma análise crítica para a reformulação dos atravessamentos dessas disciplinas, pois por um lado elas são fundamentais para a produção dos meios teóricos, metodológicos, técnicos e clínicos, mas por outro, corre-se o risco de subordinar sua singularidade às estereotípias e idiossincracias⁽¹¹³⁾:

“a K. me pergunta ‘onde nós vamos’? Eu devolvo a pergunta: para onde nós vamos?”

Contradições quanto à subordinação com o instituído (diagnóstico, por exemplo), e riscos de uma aliança estratégico-tática com a psiquiatria⁽¹¹³⁾ tamponam a singularidade do sujeito, o que também aparece no discurso de A#1:

“o contato parece até afetivo, o diagnóstico dela é de esquizofrenia, que eu não fico muito em cima disso... Preciso ver qual é o contato, o que está acontecendo ali, pra eu poder saber como eu vou começar o trabalho... às vezes volto até depois e digo 'ah, então é isso!'...”

Por outro lado, A#2 diverge de A#1 e faz uma construção crítica de sua práxis como acompanhante terapêutica, a fim de criticar intervenções e condutas instituídas *a priori*, e criar linhas de fugas para sua própria clínica.

A *finalidade* de seu trabalho é conduzida a partir da transformação de sua *práxis*. Aqui, os sujeitos são constituídos por linhas cartográficas. Algumas dessas linhas são postas ou impostas pelo meio coletivo, cultural, social, entre outros, ou seja, do fora⁽¹¹⁴⁾.

Outras linhas cartográficas são produtos do existir e significam possibilidades de territorialidades, desterritorialidades e reterritorialidades existenciais. Pode haver a possibilidade dessas linhas de fuga serem inventadas e criadas tanto para a completa destruição do sujeito, como para a criação de mecanismos de singularização e devires. No caso do trabalho de A#2 as linhas de fuga traçadas resultam em uma apropriação clínica do AT⁽¹¹⁴⁾:

“eu acho que com a K., por eu estar trabalhando como AT, fui desapegando de algumas regras que eu achava que tinha que seguir, que na verdade mais distanciava dos pacientes que me aproximava”

“ah, eu tinha uma fantasia de que a gente não podia falar nada de si, por exemplo, de que o afeto tinha que ser distanciado... Eram coisas que eu fui construindo erroneamente, a partir de algumas leituras, de algumas supervisões, e com a K. eu dei uma relaxada assim”

O sentido do AT para K. é, sobretudo, a relação de *amizade*. E é por meio da amizade, que outros sentidos e interesses na vida podem ir se construindo e alargando:

“amizade, elas (acompanhantes) são minhas amigas, né... benefícios, lutas na vida, compreensão...”

Há aqui que retomar às bases históricas do AT, quando denominado de *amigo qualificado*. A mudança de nome sobreveio, muito mais para a afirmação *clínica* do AT e saliência dessa vertente, do que de sua afirmação política⁽¹⁷⁾.

A denominação *amigo qualificado* adveio da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. Tais ideologias, práticas e críticas sobre as formas de tratamento da loucura e sua contraposição ao tratamento clássico e hegemônico da psiquiatria até então, afirmavam o caráter social, construído para além das condutas especialistas, baseadas em saberes pré-determinados sobre a loucura⁽³⁾.

Aí foi o início da transdisciplinarização do olhar e da proposta de lidar com a experiência do sofrimento psíquico considerando o corpo social como possibilidade de intervenção e inclusão.

O resgate histórico da função de acompanhar remete à crítica de Basaglia sobre a função eminentemente política da psiquiatria⁽¹¹⁵⁾. O termo acompanhamento terapêutico é oriundo muito mais de uma aproximação com a psicanálise, a fim de se afirmar como uma prática clínica. *Amizade*, por outro lado, invoca muito mais um contexto eminentemente terapêutico do vínculo. No campo da psicanálise, portanto, as bases teóricas dessa nova prática

clínica poderiam ser traçadas sem muita “mesclagem” entre o profissional e paciente, garantido de modo imaginário uma certa “imunização afetiva” entre ambos.

No entanto, há outra dimensão teórica e relacional para a *amizade*. Enquanto terapêutica, diz de uma produção de um modo de vida que busca fugir de uma subjetividade capitalística característica dos tempos pós-modernos. Ou seja, numa relação terapêutica entre acompanhante e acompanhado, apreende-se o caráter paradoxal da amizade já que por muitas vezes só se consegue estar próximo, acompanhar, produzir mudanças qualitativas de vida, se a relação estabelecida for de amizade^(99, 116).

“ah, tem vários benefícios que ela me trazem, né... Benefício, assim, de ensinar o que uma pessoa tem que saber, entender... o que uma pessoa tem que dar pra uma outra pessoa... É uma relação não só de amizade, como de companheirismo”

O caráter político da *amizade* se traduz no resgate e re-aproximação da clínica e da política do acompanhar sem, no entanto, considerá-la banal⁽⁹⁹⁾:

não pode haver *amizade*, *hospitalidade* ou *justiça*, senão aí onde, mesmo que seja incalculável, se tem em conta a *alteridade* do outro, como alteridade - uma vez mais - infinita, absoluta, irreduzível. Lévinas, recorda que a linguagem, quer dizer a referência ao outro, é em sua essência *amizade* e *hospitalidade*. E por sua parte, estes não eram pensamento fáceis: quando falava de *amizade* e *hospitalidade*, não cediam aos pensamentos fáceis (Grifos meus)⁽¹⁷⁾.

O resgate do sentido da *amizade* na relação do AT diz que não há como fugir das complexidades e antagonismos, forças e tensões que comportam essa relação. Essa intensidade da amizade e das tensões aí intrínsecas aparecem no discurso de K.⁽¹⁷⁾:

“Se mudou? (a vida quando ela conheceu as ats) Um pouco, nem tanto assim. Eu tenho que lidar com elas... lh... é caráter... tem tanta coisa...”

A posição de amigo fala de uma relação que para existir há que estar num plano do igual “e igual, é como na paixão, o que reafirma o narcisismo, porém também alguém que justifica o que penso, um par-imagético, um parceiro especular!”⁽⁹⁹⁾.

Essa situação relacional terapêutica com determinados sujeitos é de fundamental importância para se estabelecer uma relação onde devires possam acontecer. Aqui um fragmento de A#2 com relação ao vínculo de *amizade*, onde a convergência do discurso aponta para o vínculo produzido pela relação de ambas:

“e isso é uma coisa concreta, ela ficou muito mais vaidosa depois desses anos de acompanhamento, ela era muito largada... ela hoje, às vezes, pinta o cabelo, compra uma coisa bonita, volta e meia, eu já a vi de esmalte... Ela olhava que eu estava com colar, aí na semana seguinte, ela vinha com colar, eu estava com brinco, e ela vinha com brinco, a gente saía pra comprar roupas juntas”

“nosso principal vínculo é o vínculo de amor mesmo, eu gosto muito dela... Eu fui gostando de estar com ela, de ir querendo ajudá-la sempre... ela reconhecendo isso, também entendendo que o contato comigo estava trazendo coisas boas pra ela”

Um sentido importante do AT na vida da K. converge nos discursos: a dimensão do *lazer* como um lugar de pertencimento social possível, dimensionando e dando sentido a uma relação terapêutica que K. define como *amizade*. Esses encontros e saídas concretas são traços para que a subjetividade de K. seja conectada a uma alteridade possível:

(como é sua rotina com as acompanhantes) “ah, não sei... Minha mãe ocupa muito espaço em tudo o que eu faço... Com as ats é compreensão, é... passear é fazer uma coisa ou outra juntas... Com as ats eu conheci novos lugares, parque, shopping, museus, SESC...”

K. define o *sentido* do AT como algo à parte da psiquiatria, algo que ela não nomeia, mas que tem um sentido, provavelmente, diferente daquela impossibilidade de ir para o mundo que viveu no HD na política do PAS e estagnar no lugar de doente.

A família observa mudanças qualitativas na vida da K. com o AT, entretanto, o *sentido* do trabalho é visto como eminentemente *pedagógico* e vem a serviço da adaptação e ordem social normativa, divergindo da produção de sentido tecida a partir da transferência no AT. O At é um *apêndice* possível:

“nossa, como ajudou, porque a gente sai junto com ela, mas não é como o acompanhante, como ensinar... a gente faz do jeito que a gente quer, então ela também, com a mãe ou com o irmão, ela só fica obedecendo... Agora, com a acompanhante já não, ela já ensina, faça assim, manda escolher... e essas coisas deixam ela mais segura...”

“(As acompanhantes deveriam) abordar pontos que a pessoa precisa ter, sei lá... conhecimentos mesmo. Porque, às vezes, a K. sai só para assistir um cinema, por exemplo, são duas horas ali assistindo um filme e que ela poderia estar assistindo em casa, poderia estar fazendo isso com qualquer pessoa, não necessariamente com o acompanhante terapêutico... Então acho que poderia ser algo mais objetivo”

A família supõe o AT como treino de habilidades sociais e não alcança a dimensão subjetiva do AT na vida da K. No entanto, a inclusão social de um sujeito demanda mais que a “normatividade” e “remissão dos sintomas” e vai além do registro puramente social, pois participar socialmente de algo não garante que o sujeito possua um lugar no mundo dos homens⁽¹¹⁷⁾. Nem mesmo com o suporte do AT K. é vista pelo irmão como um sujeito com potencial de trocas, mas apenas como um recipiente onde conteúdos alheios devam ser depositados:

“olha... deveria ter um itinerário... por exemplo, poderia ser abordado mais assuntos do dia-a-dia, coisas que a K. ainda tem dúvidas e às vezes ela tem receio de perguntar pra própria família e quer perguntar pro acompanhante... Os anteriores (acompanhantes), eram muito quietos, né... meio que só acompanhavam, só escutavam, não ensinavam...”

O sentido do lazer, apesar de concebido como muito importante para as acompanhantes e para K., não é visto pela família como um projeto terapêutico que produz potencialidades, que não as oriundas da adaptação social:

“no começo ela falava que não entendia porque tinha que pagar alguém para passear com ela, ela não entendia que não era um passeio, era um acompanhamento...”

“agora ela tem mais noção da realidade, de como a vida é, noção de como funciona a sociedade, com é que funciona o cartão de crédito, funciona o trabalho, tudo isso ela não tinha noção... Achava que caía do céu, cartão era só pagar que não pagava nada...”

Agora ela passeando, ela vendo como funciona o metrô, que ela tem que pagar o metrô, tem que pegar ônibus, que ela tem que dar sinal, essas coisas ela não sabia, ela não tinha essa noção... Então com o acompanhamento, ela está tendo uma noção de como funciona a sociedade”

O termo *independência* foi utilizado pela mãe de K. para definir a mudança mais significativa advinda do trabalho de AT, remetendo a um *dispositivo* que promove uma saída do meio familiar, para poder circular por outros espaços sociais:

“Eu acho que ela ficou mais independente, porque tudo dependia da mãe, irmão... Mesmo falando de compra... tinha que comprar ou acompanhar junto e comprar, agora não... Agora ela já se vira sozinha, se ela quer alguma coisa, ela mesma se vira”

O *sentido* do trabalho do AT foi sendo tecido paulatinamente, construído com a gerência do serviço e seguindo as transformações oriundas das mudanças políticas que atravessaram a cidade, e conseqüentemente o CAPS Itaim Bibi: a efetivação do PAS, e posteriormente, a reconstrução do SUS:

“(Na época do PAS) o serviço tinha um perfil manicomial: um serviço fechado, tinha cadeado nas portas e eu fiquei muito impressionada com os pacientes que eu conhecia. Os pacientes ficavam internados dentro do hospital-dia, e a K., tinha aquele perfil, estava enorme e eu queria que ela me reconhecesse (após sua recolocação no serviço)”

“tinha esse discurso da mãe, dizendo que a abordagem que tinha sido feita ali naquele período... o que se dizia é que não dava pra esperar nada... ela era uma esquizo hebefrênica pelo diagnóstico psiquiátrico... e eu dizia que não, que não estava posto que não tinha nada mais para andar”

“eu acho que com a entrada de C., uma psiquiatra de contratação de emergência... começou a mobilizar a K. com uma atividade que tem até hoje que são os passeios, então ela acompanhava a K.”

O *trabalho afetivo* refletido na implantação do SUS incidiu na retomada dos usuários enquanto sujeitos, e não objetos da psiquiatria com a aposta no enfoque do campo psicossocial.

O AT aparece como um dos instrumentos dessa reconstrução no campo psicossocial, produzindo biopoder, porém circunscrito ao tempo de K. nas atividades do CAPS.

Outro aspecto relevante é o AT ser realizado, naquele momento, por uma psiquiatra que se dispôs à transdisciplinaridade, superando a especificidade e contribuindo para a construção do modelo de atenção alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica:

“(A psiquiatra que acompanhava K.) ela estava mais no corpo-a-corpo, também apostava e falava que primeiro nós tínhamos que tentar outra medicação (a medicação que ela tomava) realmente não tinha nada pra esperar, porque deixava a menina amarrada, e aí entrou a Clozapina e foi mudando...”

O *sentido* do AT proposto pelo serviço foi sendo pensado pela equipe, como um *dispositivo* de expansão dos lugares de pertencimento de K. fora do CAPS e da sua casa, alargando os territórios existenciais e corroborando os pressupostos do campo psicossocial, onde o serviço ocupa o lugar estratégico de fortalecimento e ampliação dos laços sociais possíveis no território:

“com a C. (psiquiatra) a gente começa a discutir que seria muito interessante que ela tivesse um acompanhamento terapêutico, que ela tivesse uma abordagem fora da casa e fora do CAPS, porque eram o únicos lugares que ela freqüentava e de vez em quando, a lanchonete... saía às vezes, mais era raro, pra comer fora, mas a família ficava muito preocupada que ela ficasse inadequada, então ela ficava fechada”

“e aquilo que o dispositivo que a gente foi entendendo que poderia facilitar uma experimentação diferente foi o at... enfim a finalidade da freqüência no CAPS, intensiva, tem uma função de promover, facilitar, enfim... experimentações, ampliação do repertório... e que a finalidade última é ampliar o potencial de autonomia...”

4.4 Recursos necessários para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento

Pesquisadora: Então você começou o tratamento pra poder sair de casa, sair mais um pouco?

K.: Não só pra poder sair de casa, mas por ser uma coisa a parte da psiquiatria, que tem a ver com a psicologia. Elas me ajudam a fazer compras

O primeiro estudo publicado, que se tem notícia, sobre rede social e qualidade da saúde mental, foi realizada em 1897 por Durkheim, que demonstrou que existia uma maior probabilidade de suicídio em indivíduos isolados socialmente, em comparação com aqueles que possuíam uma rede mais ampla, acessível e integrada^(62, 90).

Um estudo publicado no início dos anos 70 sobre esquizofrenia e relações familiares e pessoais, demonstrou que a família nuclear, os amigos e parentes próximos influenciam sobremaneira a evolução do quadro sintomatológico, tanto para uma potencialização dos sintomas, como para uma mudança positiva em relação à remissão e até mesmo alteração do diagnóstico, concluindo que o contexto social e as redes sociais pessoais estabelecidas, podem ser patologizantes ou mesmo propiciadoras de saúde⁽⁹⁴⁾.

Um recurso necessário para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento diz respeito ao conhecimento do modo como as pessoas interagem e vivenciam suas relações, o que torna possível identificar os *fatores protetores* de sua rede pessoal e os *fatores de risco*, pois os contextos sociais e suas relações podem favorecer a inclusão e a promoção de saúde, assim como o seu revés, ou seja, podem levar à vulnerabilidade, a institucionalização e ao abandono⁽⁸⁴⁾.

Não há como não levar em consideração o estigma da “doença mental” e o processo de (des)estruturação resultante de sua trajetória. O campo institucional de tratamento, ou seja, o campo de sociabilidade primária, dispõe de grande parte dos espaços de sociabilidade no

cotidiano dessas pessoas. Já o campo secundário (amigos, parentes e vizinhos), serve como prestador de ajuda e apoio, ao mesmo tempo que pode servir de veiculador de informações e estigma. As redes sociais de amizade e parentesco fazem com que a comunidade, a vizinhança próxima, participe ativamente da “doença”, seja para prestar solidariedade ou para excluir⁽⁸⁷⁾.

O empobrecimento das redes sociais se mostra presente em diversos âmbitos da vida das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, tais como no contexto familiar, no campo de trabalho, na escassez de laços de amizade e na inserção no próprio serviço de saúde. Essas restrições relacionais são progressivas e acentuam-se gerando processos de exclusão alimentadas pela institucionalização, nas internações hospitalares e também nos serviços comunitários de saúde mental⁽¹¹⁸⁾.

Outro recurso necessário para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento diz respeito à inserção no trabalho. A não inserção no trabalho produz *vulnerabilidade social* e compromete a saúde mental das pessoas⁽¹¹⁸⁾. Para as pessoas com experiências de sofrimento psíquico a inserção no mundo de trabalho é restrita e frágil, não só devido à sua própria constituição e ao estigma social, mas também pela forma de organização do modo de produção capitalista que aparta e exclui os que não conseguem produzir no sistema neoliberal^(26, 97).

A *rede de relações* deve ser ativada no serviço de saúde mental comunitário e territorializado para provocar a ampliação das potencialidades de relação, cumplicidade e afetividade entre trabalhadores e usuários. Assim, pode ser possível construir reciprocidade de relações, nos quais um usuário pode ser referência para outros e apoiá-lo em momentos de dificuldades⁽¹¹⁹⁾.

Um recurso utilizado para a expansão e ampliação dos espaços de pertencimento de K. foi o (re)conhecimento pela gerência do serviço e por um membro da equipe, do AT como *dispositivo* potente de intervenção para a ativação da rede social dela.

Isto posto, avaliado o AT como um *recurso* importante na construção da trajetória de vida de K. para além do espaço institucional, fez-se necessária a indicação do acompanhante.

A primeira experiência deu-se com um profissional sem formação, inexperiente, que o serviço e a família avaliaram como insuficiente, devido ao não cumprimento do contrato com K.:

“eu tinha tido uma experiência importante n'A CASA e entendia o acompanhamento terapêutico como um dispositivo clínico precioso que poderia ser feito até por uma pessoa que não tivesse formação, mas quem sabe sustentado e suportado por alguém que tivesse... Então essa experiência com a J., eu acho que foi o começo...”

O AT é um *recurso* capaz de potencializar singularizações e modos de existência quando operado por pessoas capazes de transportar para seus eixos de análise elementos dispersos na vida do sujeito, para desses elementos, promover, a partir do encontro de ambos, modos de produção de vida e subjetivação.

Essas rupturas emergem quando um sentido é emanado, e a partir dessa emanção, devires são alcançados e neles se evidenciam, além da própria singularização, uma possível multiplicação de sentidos do existir.

Esse devir “é sempre de uma ordem outra que a da filiação. É da ordem da aliança”⁽¹¹⁴⁾. Tampouco o devir é da ordem da evolução, de um desenvolvimento. Devir é antes “involução criadora” surgida a partir de comunicações transversais que atravessam os jogos das palavras. Ele é um rizoma: “devir não é certamente imitar, nem identificar-se; nem regredir-progredir; nem corresponder, instaurar relações correspondentes; nem produzir, produzir uma filiação”⁽¹¹⁴⁾.

A#2 narra esse devir possibilitado após tantas saídas, tantas tentativas de ambas conseguirem traçar caminhos possíveis de desejo, de vir a ser, de tornar-se desigual do esperado, de poder aparecer, de ter um espaço próprio conduzido diante da escuta da acompanhante.

Que fazer diante de uma interrogação como essa: “*minha mãe ocupa muito lugar em tudo o que eu faço*”? como propor escolhas próprias que não as traçadas para seu caminho?

“daí de uns tempos pra cá, ela começou a trazer propostas de passeios, e assim, pra mim, foi uma das coisas mais bacanas que aconteceu nos últimos tempos... eu sempre levava a revistinha da Folha, dos circuitos de atividades culturais, e a gente via juntas, escolhia e ia, daí ela começou a trazer essas revistinha e ela já vinha com aquilo que ela queria... isso foi fantástico...”

A cena da compra de uma blusa foi um acontecimento da ordem do ineditismo para ambas, do insurgente e de algo que pode ser conquistado para além do comprar. O *sentido* surgido foi a *conectividade* com o que K. pode desejar, um enunciado de subjetivação da “blusa” em “mulher”. Uma blusa que pode ser escolhida para si, para afetar seu corpo mulher:

“a maior vitória para mim, foi quando ela conseguiu comprar uma blusa pra ela! Finalmente depois de umas quinze saídas na C&A, uma a gente conseguiu ver uma que ela queria, que ela conseguiu comprar... É muito difícil pra ela comprar, comprar alguma coisa pra ela, investir nela, pra ela mesma...”

O lugar que K. ocupa na *rede* que a permeia (família, CAPS e AT), comporta complexos processos de subjetivação, ocasionando em linhas de forças contraditórias em relação à sua feminilidade e o lugar que ocupa no mundo.

Por um lado, o CAPS e o AT alinham-se como *dispositivos* produtores de mudanças e experimentações, e produzem interferências na dinâmica familiar, capazes de produzir em K. vontades e desejos que expressam sua sexualidade:

“Eu acho que por a gente conseguir falar abertamente de coisas ligadas à sexualidade, ela conseguiu transitar em um outro mundo, que é o mundo das excitações... porque a família não dá nenhum espaço pra sexualidade dela, então o fato dela falar e a gente aprofundar alguns assuntos, conversar bastante sobre isso, foi algo que permitiu com que ela vivesse mais a sexualidade, e com isso se integrasse mais também”

Por outro lado, a família cristaliza dinâmicas inconscientes, permeadas de medos e fantasias e receosa de mudanças:

“a gente fica meio preocupado... tem alguns meninos que, às vezes, quer conversar com ela e ele (o irmão) fala: 'olha, cuidado, não sei o que...'

“ela tem umas preocupações... com a feminilidade... Ela parece se perguntar o que é ser mulher, e ela faz muitas perguntas em relação a isso”

“ela fala que não poderia ser um at homem, porque a família achava que ia ser um tarado...”

O desejo de K. conhecer pessoas e um possível namorado torna-se ameaçador. A repressão produzida por instâncias religiosas e patriarcais diz que o tamponamento da sexualidade remete a intensidades de vida interrompidas, já que a possibilitação do desejo e do prazer produz reterritorializações, mudanças de lugares na vida e singularizações⁽¹²⁰⁾. Território interdito pela família, até então, para K.

As narrativas revelam que a posição *ser mulher* não foi despertada somente a partir de sua condição biológica intrínseca, nem tampouco a partir das identificações inconscientes com as figuras do universo feminino, no sentido psicanalítico tradicional do termo, entre outras aproximações teóricas e conceituais. A expressão de sua feminilidade surgiu no discurso da gerente do CAPS por meio de agenciamentos coletivos:

“quando eu e algumas pessoas do antigo HD do Itaim voltaram, encontrei K... absolutamente obesa, enorme e embora ela não estivesse em um hospital psiquiátrico... o serviço tinha um perfil manicomial... Ela tinha o diagnóstico psiquiátrico (diante do PAS) de esquizo hebefrênica... Depois com o tempo (com a (re)construção do SUS) mudamos a medicação e foi mudando... Primeiro K. voltou a menstruar e isso trouxe à tona a sexualidade, a feminilidade... E (todos da família) ficavam extremamente protetivos... E a gente começa a discutir que seria muito interessante que ela tivesse um AT”

Ou seja, o desencadeamento de K. enquanto mulher só tornou-se possível quando houve a reconstrução do serviço, depois do desfacelamento dos corpos dos usuários, propostos no modelo do PAS.

Outro *recurso* fundamental, um dado inequívoco da reconstrução do serviço diz respeito à função e manejo dos medicamentos. A mudança da medicação traduz uma escolha e uma dada posição ética dos trabalhadores, engajados em criar uma autenticidade existencial para K, antes um sujeito visto como um diagnóstico psiquiátrico amorfo, um corpo-sintoma.

No prontuário de K, no início do ano de 1995 a março de 1996, e após 2001, portanto, antes e após o PAS, os relatos são ricos em detalhes, com os técnicos de referência contando sobre as conquistas e dificuldades da vida de K. nas diversas atividades no serviço e nas reuniões familiares.

Páginas foram escritas, mostrando o investimento da equipe no período vigente; elaborações sobre a subjetividade de K., seu vínculo com os profissionais e com sua rede social dentro do CAPS e fora dela, a história sobre a entrada das acompanhantes terapêuticas, entre tantos registros, mostram os processos de elaboração simbólica sobre K. de quem escrevia no prontuário.

Não são simples relatos, mas fragmentos de histórias de afeto, que dizem sobre processos de subjetivação, onde dimensões heterogêneas do serviço implicavam uma mobilização real para a produção de uma qualidade de vida satisfatória e subjetividade singular.

Abaixo pequenos fragmentos recolhidos entre páginas inteiras de elaboração rica em detalhes, aqui não relatado na íntegra, a fim de preservar eticamente a identidade dos sujeitos:

“K. mostra uma grande evolução na sua produção e contato no grupo de T.O., onde vê a possibilidade de concretização de conflitos e também dos seus projetos e desejos”

“o projeto terapêutico de K. inclui a entrada de ats e diminuição de seu contrato no CAPS a fim de buscar atividades presentes no território”

“K. relata no grupo suas várias saídas com a at. Há uma melhora significativa no quadro”

Situação que contrasta vivamente com o encontrado entre abril de 1996 a 2001, tempo de vigência do PAS. A K. que aparece é muito pobre, é nomeada com termos médicos adotados por toda a equipe, inclusive pela psicóloga de referência no momento. No ano de 2000, só há registro do médico. A história contada sobre sua vida a reduz a uma subjetividade achatada, empobrecida, alienada e carente de significações, regredida e psiquiatrizada.

A produção de *subjetividade* de K. naquele momento, se imbrincava a favor da alienação proposta pelo HD do Itaim do PAS. Não há invenção, transformação, criação. O HD é um lugar de internação. O discurso de K. era desqualificado pelos ouvintes, reificado pelo saber médico.

No modelo de atenção do HD do PAS, médico-centrado, a “degeneração” de K. é causada pela doença mental, no seu corpo individual, nas suas desabilidades individuais, sob sua responsabilidade individual, sem nenhuma associação com as formas institucionalizantes e institucionalizadas das relações no interno do serviço e da ausência de diálogo deste com o externo, com familiares, advindas da inexistência de políticas públicas para a saúde mental alinhadas ao SUS e à Reforma Psiquiátrica.

O estado de K. é concebido sob um ponto de vista naturalista e reducionista. As linhas escritas são parcas e algumas foram escolhidas para serem reproduzidas na íntegra.

K. não aparece em nenhum relato no prontuário. Chamada de *paciente*, seus sintomas é que existem:

“Paciente relata que não gosta de vir mais ao HD, porque perdeu seu espaço. A família não comparece às reuniões”

“Paciente mantendo quadro inalterado, paciente inadequada, mantendo discurso desagregado”

“Paciente confusa”

“Paciente agressiva com os familiares e outros pacientes. Família relata que ela matou seu cachorro de estimação no final de semana”

“Paciente mais calma nos últimos 2 meses. É sugerida alta da internação”

“Discutido alta hospitalar, não só pelo tempo de internação, mas sobretudo pelo quadro apresentado, ou seja, guarda grande comprometimento, porém está mais estável. Discuto com a mãe as condições e limites referentes à possíveis atividades. Programa alta para a semana que vem”

Os dados do prontuário de K. permitem a constatação de dois momentos da história do atual CAPS, o anterior ao PAS e na vigência do PAS, que traduzem as políticas públicas daqueles períodos e evidenciam que a produção de subjetividade, naqueles cenários, está intrinsecamente alinhada à estrutura clínica e política do serviço, à coletividade da qual K. fazia parte. Ou, de outra forma, a *subjetividade* descentrada de K. enquanto indivíduo passou a ser constituída pelas linhas de forças disseminadas no campo social e clínico:

seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e subjetividade [...] os indivíduos são resultados de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado... A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização do indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos de subjetivação: a subjetividade é essencialmente registrada e fabricado no registro do social⁽¹⁰⁶⁾.

Em síntese, os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e de tratamento, tendiam a duas posições no caso de K: uma que serializava, modelava e tamponava os devires, tratando mais de uma subjugação das palavras e de seu estado mortificado, onde nada poderia ser possibilitado, já que sua condição não podia promover mudanças. Não havia crítica, pelo menos explicitada no prontuário, de que sua estagnação advinha das condições mortificadoras do HD.

Em contraposição, a posição explicitada no prontuário, com a reorganização do serviço, no indicativo da proposta do CAPS, pós PAS, é que o espaço terapêutico possibilitasse os *“desejos e projetos”*, atuando em linhas de fuga que promovessem uma abertura para os acontecimentos, para novos dispositivos.

Esse novo *dispositivo* no projeto terapêutico de K., surgido a partir da crítica às limitações e objetivos do HD, foi a indicação do AT como gerador de linhas de potência, ativadoras de biopoder, conectando-a aos coletivos presentes no território.

Portanto, os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e de tratamento são um *recurso* dos serviços, que pode operar a favor ou contra as posições emancipatórias dos sujeitos envolvidos.

Os *fluxos afetivos* criados na relação da dupla podem ampliar os *espaços coletivos de pertencimento* a fim de promover transformações, inclusive em seu território existencial:

“eu acho que, por exemplo, eu ajudei ela a conectar com as vontades, com os desejos dela e por pra fora isso, por pra fora em palavras... quando ela pede pra gente ir pra algum lugar, quando ela fala alguma coisa que a incomoda, que antes ela tinha muita dificuldade em falar...”

No trabalho de produção de sentidos do existir, que se propõe o AT:

nada é indiferente, há um interesse inequívoco pelas questões que o viver coloca a cada vivente e que, portanto, nos conecta aos coletivos, desviando mais uma vez o foco de enunciação das questões individuais. Os diagramas produzidos passam a ser expressão da potência dos corpos em relação⁽¹²¹⁾.

A ampliação do repertório de vida e a conseqüente experimentação do desejo de criar conexões, que por isso mesmo tem caráter revolucionário⁽¹²²⁾, engendra variados ritmos conduzidos na vida de K. e que desencadeiam modos heterogêneos de singularização onde antes só existia uma *estranheza do ser*, um abalo de entendimento entre o que ela sentia e o que afetava nos outros:

“eu tinha perdido meu pai, aí depois eu fiquei abalada, com comportamento, assim... esquisito, ninguém me entendia”

Assim, o AT precursor dos *fluxos afetivos* engendrados pela relação da dupla - acompanhante e acompanhada - pode conduzir a uma dissolução das antigas territorialidades existenciais, catalizando a recomposição para novos universos de referências:

“quando ela está fazendo acompanhamento eu acho que realmente ela está conectada com aquilo que ela é, com aquilo que ela gosta de fazer, que não são as tarefas que ela tem que cumprir, mas aquilo que ela tem vontade; então eu sinto que ela fica muito feliz quando a gente sai... ela sente que está sendo cuidada, eu sinto que ela se desenvolve, que tem questões muito importantes de independência em relação à mãe, poder dizer alguns não, ou poder pensar que ela vai ou não ter um namorado, poder pensar o quanto que ela está melhor, ou não, aos anos anteriores de tratamento... o AT é um espaço de elaboração possível”

A escolha do CAPS Itaim Bibi de tomar o AT como *dispositivo* para produzir singularização e transformação na vida de K, e as conseqüentes *práticas instituintes de efeitos* operadas no processo, possibilitou a desconstrução da aridez existencial dela e invenção de ações fundadoras de *existência*.

4.5 Rede social: uma certa perspectiva gráfica

A bibliografia consultada constatou divergências sobre conceito de *rede social* e foi possível detectar diferentes usos da categoria para subsidiar a análise de trabalhos científicos no campo das ciências sociais (83-85, 90, 122-123).

O estudo das *redes sociais* abarca vários campos teóricos, nas chamadas “ciências duras” como a matemática e as ciências da computação, e a sociologia, a antropologia, a psicologia entre outros, a fim de interpretar e analisar as relações sociais.

A estrutura das redes, os padrões dos laços estabelecidos “influem no acesso das pessoas e instituições a recursos como informações, riqueza e poder” e a articulação das redes favorece a disseminação organizada de informações e conseqüentemente, a ação informada dos atores e de suas organizações sociais⁽⁸³⁾.

A *rede social* é uma estrutura composta de elementos em interação, um conjunto de atores (nodos) que se interconectam através de relações relativamente estáveis, não hierárquicas e independentes. Os atores envolvidos compartilham interesses e são determinados simultaneamente pelas as relações da rede e pelo processo social que se pretende representar⁽¹²³⁾.

Um conceito de rede é definido pelo sistema de nodos ou elos, apresentando uma estrutura sem fronteira, não geográfico, com uma rede de apoio ou um sistema físico que se parece com uma árvore. A partir dessa idéia rizomática de rede a representação de todos os elos que articulam as pessoas, seus interesses e ações⁽¹²²⁾.

A rede é formada pela *materialidade* dos processos, entretanto, ela é política e social, construída pelas pessoas, mensagens e valores que a freqüentam “sem isso e a despeito da *materialidade* com que se impõe aos nossos sentidos, a rede, é na verdade, uma mera abstração”⁽⁸²⁾.

A *rede social* pode também ser descrita

enquanto grupo de pessoas com os quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social ou ainda como a rede de relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características dessa ligação⁽¹¹⁸⁾.

Rede social é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativa em sua vida e diferenciadas da grande massa anônima da sociedade:

uma espécie de terceiro campo do parentesco, da amizade, da classe social; um círculo social constituído por traços de afinidade, formando uma teia que une as pessoas [...] uma vez que é constituída pelo conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam e nos tornam reais⁽¹²⁴⁾.

Na pesquisa sobre *redes sociais* foi possível encontrar dois grandes focos de estudo. O *primeiro* observa especialmente o *aspecto estrutural* das redes, utilizando um referencial metodológico gráfico e de caráter quantitativo para análise. O *segundo* é sobre a *funcionalidade* das redes sociais e em geral, se realiza mediante metodologias qualitativas, visando descrever as funções a que se presta a rede social, assim como caracterizar os vínculos com que estas se entretecem, mesmo que utilizando-se ou não, de gráficos advindos de programas informatizados (softwares) que suportam os modelos teóricos e metodológicos envolvidos para a análise das redes sociais, como o EGONET, o SIONET, o Ucinet 6 e o Pajek^(85, 92).

Esses dois grandes focos de estudo se denominam a partir de duas perspectivas analíticas principais: a *sociocêntrica* e a *egocêntrica* ou rede social pessoal, a qual está referido este estudo.

A perspectiva *sociocêntrica* explica as propriedades de um grupo de conexões existentes em um grupo de nodos definidos tanto por critérios realistas (uma equipe de futebol, uma escola, uma organização...) como critérios nominalistas definidas pelo próprio investigador⁽⁸⁵⁾.

A perspectiva *egocêntrica*, também chamada de *rede social pessoal* parte das conexões realizadas a partir de um ego dado (ou um determinado indivíduo) que se relaciona

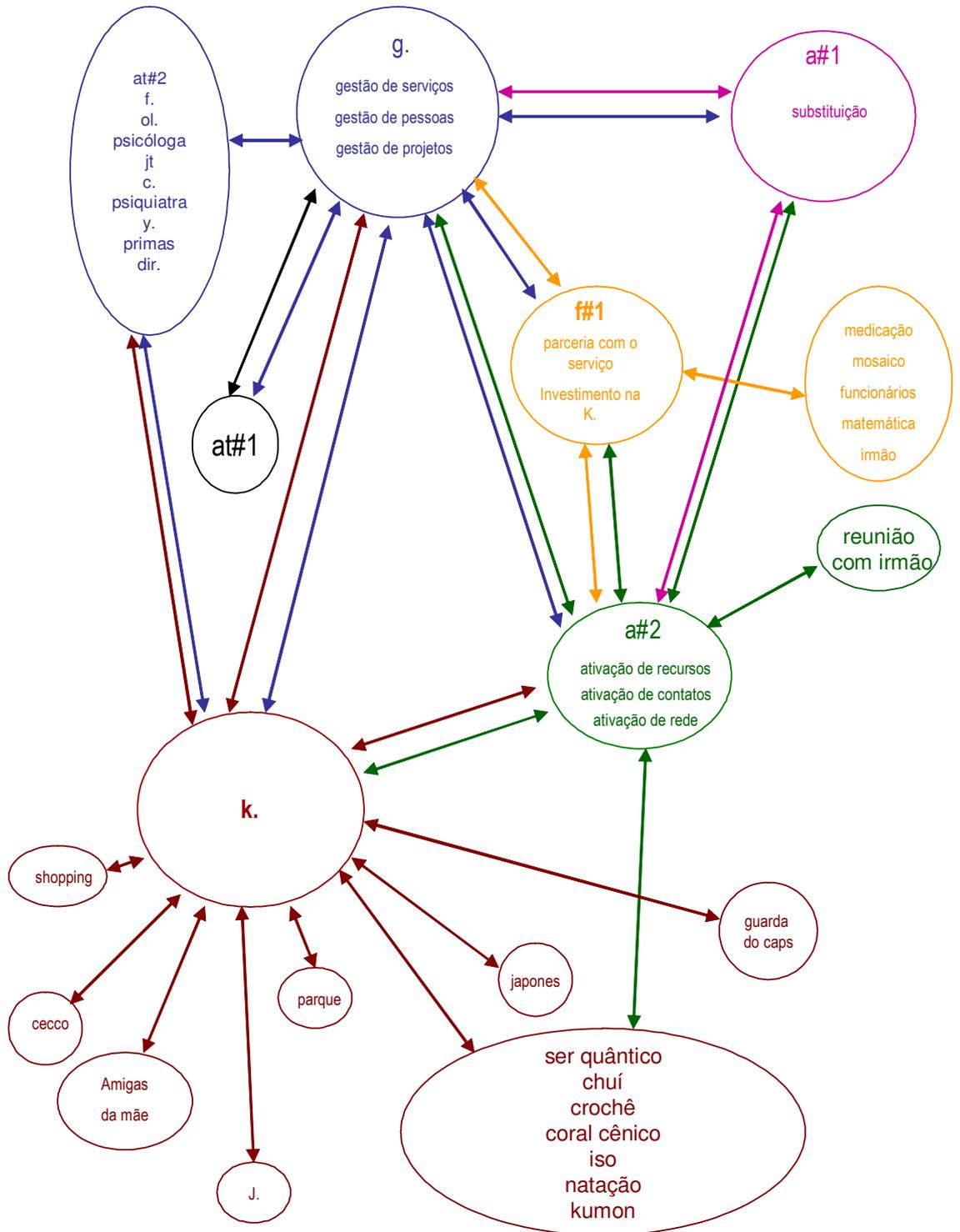
com outros indivíduos, que são indicados pelo ego informante, como pertencentes à sua rede, os alteregos^(84-85, 92).

A rede social pessoal constitui um pequeno mundo social através do qual uma pessoa faz parte de uma estrutura macrossocial, denominada sociedade. Constituem o fundamento das denominadas comunidades, dentro das quais desenvolvemos o fundamental de nossa sociabilidade⁽¹²⁵⁾.

O diagrama abaixo mostra as conexões de vida de K. oriundas a partir de 2001 com a gerência do CAPS Itaim Bibi.

Diversos atores sociais encontrados no território foram nomeados no decorrer das entrevistas, por todos os sujeitos informantes da pesquisa. Esses atores sociais, presentes nos variados dispositivos territoriais não fazem parte do contato ativo atual de K. necessariamente, mas foram mencionados por atuarem em algum momento e de alguma forma como importantes na sua vida, em várias dimensões de sua existência, como o tratamento, amizade, família e trabalho.

Diagrama 1. Rede de relações sociais ativadas pelo trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Itaim Bibi por meio do *dispositivo* AT, 2009.



Legenda
 K.: protagonista, corpo-devir
 G.: gerente do Centro de Atenção Psicossocial do Itaim Bibi (2001-2009)
 A#1: acompanhante substituta
 A#2: acompanhante principal
 F#1: familiares

5. **Síntese: A potência revolucionária do AT na rede pública de atenção à saúde mental**

O AT na presente pesquisa é tomado como *dispositivo prático*, pois articula teoria e prática ao exercício político, como estratégia de inclusão social, alinhado ao processo da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

Na breve reconstrução histórica da emergência do AT constata-se as influências dos primeiros movimentos nos modos de lidar com a loucura, ocorridos nos Estados Unidos e na Europa do pós-guerra, quando surgem as críticas ao modelo psiquiátrico tradicional que apartava e excluía os chamados “doentes mentais”. No Brasil, as experiências extra-asilares, tomando o espaço social como lugar possível de tratamento, iniciaram-se no final dos anos 1970, período de redemocratização do país.

As experiências foram tomando corpo e, paulatinamente, críticas à utilização do *dispositivo* como apêndice da psiquiatria foram tecidas. A construção teórica do AT foi se sofisticando, tomando sobretudo a psicanálise como base teórica, como forma de levar em conta as peculiaridades da clínica (com a tomada do espaço social como referência da intervenção) e da pessoa com experiência de sofrimento psíquico.

Diversos campos do conhecimento (como filosofia, antropologia, arquitetura, sociologia, geografia, entre outros), estão sendo galvanizados para a construção teórica própria, dada a complexidade do *objeto* AT.

Há que retomar uma questão importante sobre a construção de saberes hegemônicos e o AT (como, por exemplo, formalizá-lo em associações) alertando, que defendê-lo como uma identidade profissional seria relegá-lo a uma especialidade e ao mesmo tempo “engessá-lo” em uma categoria profissional, com ditames pré-formulados ou prescritos⁽⁵⁷⁾.

A centralidade de um saber sobre outros gera o que Foucault salientou, ao analisar o processo histórico na constituição do saber médico, os processos de reclusão e exclusão que se incorporaram à cultura e foram apropriados por mecanismos de poder.

Tais mecanismos, a disciplina e a norma, solo determinante da ética, estavam assentadas na idéia do controle e da higienização e fizeram e ainda fazem parte do processo histórico da construção dos conhecimentos e se materializaram em categorias profissionais, que se legitimam pela manutenção da palavra e ações corporativistas e centralizadoras.

A origem do AT se dá em instituições privadas, e só timidamente é transposta para os serviços públicos de saúde. Essa transposição não se dá de forma instituída, e sua oficialização enquanto um *dispositivo* das práticas em saúde mental sofre percalços, como constatado na legislação vigente (Portaria nº 336 de 2002 que atualiza a Portaria nº 224 de 1992), com o desaparecimento do termo acompanhamento terapêutico e do financiamento do procedimento, que constava na Portaria SNAS n.º 189 de 19 de novembro de 1991.

Essa anulação do AT nas políticas públicas é defendida, nesta pesquisa, como uma contradição em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria Reforma Psiquiátrica, que orientam ações territoriais, intersetoriais, articulação de rede de serviços e articulação de recursos do território para a atenção em saúde mental.

O resultado é a inacessibilidade do *dispositivo* AT a todos que dele se beneficiariam, ao mesmo tempo, se questiona o porquê dos próprios serviços de saúde mental não assumirem para si a função potencializadora do AT, e a conseqüente legitimação da esfera pública e coletiva como palco de ações e conexões de rede, propiciadoras de produção de vida.

Em São Paulo são realizados estágios ou trabalhos voluntários de AT nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) Itaim Bibi, Perdizes, Campo Limpo e Butantã, mas somente por meio de Curso de Formação em AT.

Segundo uma entrevista com o presidente da Organização não Governamental ATUA (desconstituída em 2008), foi realizada uma parceria entre a ONG, o CAPS Lapa e a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo para a elaboração e início da experiência de implantação de um Serviço Residencial Terapêutico, SRT, após a desativação de oito leitos da ala feminina do Hospital Psiquiátrico Charcot. O AT, recurso aí utilizado, foi interrompido segundo o presidente, por dificuldades em angariar verbas para a ONG, e também por falta de políticas públicas de saúde mental, que favoreçam o reconhecimento e ampliação do AT⁽¹²⁷⁾.

Na intersecção entre a dimensão *estrutural* e a *particular*, a experiência do município de Viamão (RS) embora esgotada, foi inovadora no que concerne ao trabalho do AT na rede pública no país.

O cargo de acompanhante terapêutico, no quadro funcional do município foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, a Câmara dos Vereadores e implementado pela Secretaria Municipal de Saúde no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental) em 1999, devido aos resultados, à eficácia e impacto na clínica, já comprovados pelos serviços privados e conhecidos pelos gestores da Secretaria de Saúde local. Outra particularidade é que os profissionais aí concursados eram de nível médio, atendendo duas premissas como meio e justificativa para a aprovação da nova função: questão orçamentária e geração de emprego para a população local⁽¹²⁸⁾.

Atualmente, como decorrência e influência do AT, os Serviços Residências Terapêuticas dispõem dos “acompanhantes comunitários”, selecionados entre pessoal de nível técnico, para a organização e articulação dos moradores egressos de hospitais psiquiátricos na própria residência, com os CAPS e com a comunidade ao redor. Porém, esses acompanhantes comunitários não possuem nenhuma formação em AT, e muitas vezes, nenhuma experiência na área de saúde mental. Essa característica dos trabalhadores contratados de fora das “áreas

psis” pode ser tanto potencializadora de intervenções interessantes com os moradores, ao mesmo tempo em que incorre-se no risco da reprodução de uma relação de tutela e estigma.

Desinstitucionalizar significa desconstruir complexos mecanismos de reprodução social da loucura, não somente das instituições específicas de saúde mental, mas também das subjetividades concernentes a todas as camadas sociais.

O AT é um dispositivo de forças instituintes⁽¹¹³⁾ que produz, por meio da dupla acompanhante e acompanhado e da relação de afeto, o atravessamento transformador nos diversos níveis de organizações (inclusive as psíquicas) já instituídas socialmente, para a promover ou inventar modos possíveis de estar com o outro e com o corpo social.

Optou-se por não correr o risco impróprio de caracterizar o AT como uma ferramenta tecnicista a serviço de uma dada organização ou adaptação do sujeito à sua rede ou à sociedade, ou em última instância, avaliar o dispositivo por meio de um olhar simplista sobre sua eficiência ou não eficiência, correndo o mesmo risco desnecessário de tomá-lo como uma tecnologia tecnocrática de inserção, situando o AT como uma ferramenta de ampliação ou não dos contatos da rede de um indivíduo, a partir de uma visão estruturalista da rede social pessoal.

Contraposta a esta perspectiva, afirma-se o AT como *dispositivo* ativo na gestão de políticas públicas participativas, alinhado aos movimentos sociais, no conjunto das lutas dos movimentos organizados do campo da saúde mental, um instrumento de ação que possibilite a interação da sociedade em rede, para a construção de uma nova ordem social, alinhado à Reforma Psiquiátrica e aos processos de desinstitucionalização ^(84,87), porque desinstitucionalizar a loucura, portanto, é desinstitucionalizar as redes sociais onde todos vivemos.

O que confere ao AT o estatuto de estratégia de inserção política e social é a potencialidade de construção de valor junto ao sujeito acompanhado.

A pergunta nos é própria: “de que adianta o trabalho terapêutico se ele não promove exposição à vida, se ele não se compromete em ultrapassar coletivamente as barreiras da

exclusão?”⁽¹²⁹⁾. A clínica do AT, ao cruzar as fronteiras espaciais e institucionais questiona a fragmentação dos saberes instituídos e dos próprios locais de tratamento⁽¹²⁹⁾.

A aposta é que trabalhar em rede e na construção de uma rede de relações do acompanhado faz-se necessário de tal forma que os recursos encontrados nos territórios (familiar, comunitário, assistencial) alçariam ao patamar de potenciais sustentadores da vida desse sujeito.

A fim de abordar a dimensão relacional da exclusão social, o conceito de *vulnerabilidade relacional* é tomado aqui como “a situação gerada pelos processos de exclusão social gerados pela ausência ou debilidade de vínculos de inserção comunitária” e foi concebido diante a perspectiva de análise das redes sociais, a fim de fomentar as investigações psicossociais atuais⁽⁶³⁾ com o objetivo de ser um gerador e norteador de intervenções, tanto das organizações sociais (ou no caso, nos CAPS e nos dispositivos comunitários) como na criação de políticas públicas.

O CAPS Itaim Bibi, então hospital-dia em saúde mental, cenário do estudo, sofreu nos anos 1990 o gerenciamento do PAS (Plano de Assistência à Saúde) na cidade de São Paulo, afetando negativamente as conquistas advindas com a implantação inicial do SUS na cidade, o que refletiu, diretamente, no empobrecimento da vida de seus usuários, já que os sujeitos eram tratados como corpo-psiquiátrico. Com a implantação do SUS em 2002, os CAPS paulistanos vivem o desafio da missão da articulação estratégica e comunitária das ações em saúde e a consolidação do campo psicossocial.

O presente estudo evidencia que a ampliação do repertório de vida de K. (sujeito/acompanhada do estudo) está intrinsecamente alinhada às mudanças históricas e sociais advindas da implantação das políticas públicas no contexto da Reforma Psiquiátrica em São Paulo.

A pesquisa demonstra que o CAPS Itaim Bibi desempenha uma função real de articulador de estratégias e ações de saúde na vida de K. pois as análises demonstram que ocorreu ampliação de seus espaços de pertencimento territoriais e existenciais e o AT atua como sustentador vital da pertinência concreta e simbólica de K. na vida, ao mesmo tempo que potencializa devires e mudança do seu lugar no mundo.

A parceria do CAPS Itaim Bibi e do AT foi fundamental para a afirmação do *trabalho em rede* e *transformação da vida de K.* Ambos comportam a dimensão do *trabalho afetivo* e sua proposta revolucionária de valorização da vida e reivindicação da alteridade possível à protagonista do estudo.

6. Referências bibliográficas

1. Foucault M. Microfísica do poder. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2000.
2. Berger E. Introdução à clínica do acompanhamento terapêutico. I. História. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital- Dia A Casa (org). A rua como espaço clínico. São Paulo : Escuta; 1991
3. Reis Neto RO. Emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro. [dissertação] Rio de Janeiro: Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 1995.
4. Barreto KD. Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco; 1998.
5. Cabral KV. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o setting. [dissertação] Porto Alegre (RJ): Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
6. Cytrynowicz MM. Criança-Enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil. São Paulo (SP): Narrativa Um; 2002
7. Palombini AL. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na Reforma Psiquiátrica. [tese] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro: 2007
8. Cooper D. Psiquiatria e antipsiquiatria. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1989
9. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma. Medicina social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro : Edições Graal; 1978
10. Mauer KS, Resnizky S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: um manual introdutório a uma estratégia clínica. São Paulo: Papyrus, 1987
11. Porto M, Sereno D. Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital dia A Casa (org.). A rua como espaço clínico. 1ª ed. São Paulo : Escuta; 1991.

12. Carvalho SS. Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004.
13. Simões CHD. A produção científica sobre acompanhamento terapêutico no Brasil: 1960 a 2003, uma análise crítica. [dissertação] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP; 2005.
14. Palombini AL. A clínica da psicose no espaço e tempo social: o acompanhante terapêutico entre a instituição e a rua. In: Analice Palombini et al (org). Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS: 2004.
15. Ibrahim C. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org). A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta; 1991
16. Guerra AMC, Milagres AF. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise á essa clínica em construção. Estilos Clínicos. São Paulo: 2005; 10(19): 60- 83.
17. Araújo F. Do amigo qualificado à política da amizade. Estilos Clín. São Paulo: 2005; 10(19):84-105.
18. Fujihira KY. Acompanhando a inclusão: um percurso ético. Psychê. São Paulo: 2006; 10 (18).
19. Estellita-Lins C, Oliveira VM, Coutinho MFC. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. Psychê. São Paulo 2006; 10 (18).
20. Pitiá ACA. Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção. [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP 2002.
21. Farinha MG. Acompanhamento terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade: estudo em um Programa de Saúde da Família. [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2006.
22. Carrozzo N. Campo da criação, campo terapêutico. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital- Dia A Casa (org). A rua como espaço clínico. 1ª ed. São Paulo : Escuta; 1991

23. Fulgêncio Jr. LP. Interpretando a história. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no Hospita- Dia A Casa. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org). A rua como espaço clínico. 1ª ed. São Paulo: Escuta; 1991
24. Cambraia M. Política de saúde mental no Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
25. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
26. Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997
27. Aranha e Silva AL; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa da . Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.
28. Barição SMF. et al. Avaliação do Projeto Trabalho: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade da São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
29. Barição SMF. Avaliação do impacto da assistência prestada no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira: projeto de pesquisa. São Paulo; 1999.
30. Barição SMF. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. In: Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-6; Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 131-39.
31. Barros S, Aranha e Silva AL, Oliveira MAF de. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um desafio pedagógico. Cadernos IPUB 2000; 6(19):171-81.
32. Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-6; Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 147-53.

33. Fernandes MAH. A Moradia assistida: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área da saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia da USP; 2001.
34. Figueiredo Júnior MM. Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: perspectivas teóricas e práticas. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1996.
35. Fragoaz ETS. et al. Avaliação do Projeto Moradia: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade da São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
36. Gallo JO. O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
37. Goldberg JI. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1996.
38. Goldberg JI. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1998.
39. Goldberg JI. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta A. organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-47.
40. Livieres CF, Aranha e Silva AL. O Moradia Assistida do CAPS: de uma questão clínica a outra. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000.
41. Lopérgolo ACD. Cozinhar a clínica. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica; 2001.
42. Marinho DM. O Projeto Lava-Carros Parei na Contramão: uma tentativa de construção de uma nova identidade [monografia] Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 1998.

43. Marques DCG, Aranha e Silva AL. Cinquenta anos ou cem: um percurso lento. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
44. Mecca RC, Ribeiro AM. Gibi: paradoxo e trilha quadro a quadro. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
45. Meller AOS. Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 1999.
46. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.
47. Meola ME. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidados: uma reflexão. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 1999; 10(1)
48. Meola ME, Almeida MLCT. Projeto Clube: centro cultural? centro de convivência?: relatório. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade de São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.
49. Motta AA. A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
50. Souza SM. Projeto Lavanderia do CAPS. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Universidade de São Paulo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2001.

51. Vaie S, Barros S. O dentro e o fora do CAPS: uma intermediação que se faz necessária. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2000.
52. Veinert RM, Ribeiro AM. O ruído-germe: intervenções musicais na saúde mental. [monografia] São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira; 2002.
53. Yagui H. Projetos no acompanhamento terapêutico: apontamentos para a elaboração. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org). Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Hucitec, 2006.
54. Metzger C. Um olhar sobre a transferência no acompanhamento terapêutico In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org). Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Hucitec 2006.
55. Deleuze, G. Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161
56. Marinho D. Das teias familiares à encarnação da águia. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org); Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico: São Paulo: Hucitec; 2006
57. Benevides LLMG. A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica> o texto, o contexto e o foratexto do AT [dissertação]. Niterói: Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense; 2007.
58. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. In: Revista de Administração Pública. 2000; 34 (6): 35-45. Disponível em: http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/dsp_frm_login.asp Acessado em 01.09.2008
59. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. In: Ciência, Cuidado e Saúde, 2006, 5 (1).
60. Demo P. Participação e conquista. São Paulo:Cortez 1999

61. Amaral V. Desafios do trabalho em rede. São Paulo: 2004. Disponível em: <http://www.rits.org.br> Acessado em 26.11.2008
62. Martí JB. La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. In: REDES- revista hispana para el análisis de redes sociales 2006, 11 (4). Disponível em: [http:// revista-redes.rediris.es](http://revista-redes.rediris.es) Acessado em 03.09.2008
63. Campos RO, Furtado JP. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro (24) 11.
64. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Ed. Paulus, 2003.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília; 2004.
66. Abuhab D. Serviço comunitário de saúde mental de Santo André sob a ótica dos usuários: conquista e desafios. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
67. Mota DT. As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007
68. Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
69. Meola ME. Plano de Trabalho Gerencial, Centro de Atenção Psicossocial Adulto Itaim Bibi. São Paulo, 2004. trabalho não publicado.
70. Cassandri JL. Contribuições da Copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP (2006).
71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.
72. Dias CB. Organização de uma rede de serviços públicos de saúde para a produção de ações de saúde mental no município de São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008

73. Meola ME. Relatório de gerência do CAPS Itaim Bibi: 2001 a 2008, da retomada do PAS à preparação do processo de implantação do CAPS III, 2009/mimeo/.
74. Yin RK. Case study research: design and methods. Newbury Park: Sage, 1990.
75. Lüdke M, Meda A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPY, 1986.
76. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1996.
77. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo: Hucitec; 2000.
78. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo (SP): Ícone, 1996.
79. Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. In: O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. São Paulo: Hucitec; 2001.
80. Raffesttin C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática; 1993.
81. Bordo AA, Silva CHP, Nunes M, Barbosa T, Miralha W. As diferentes abordagens do conceito de território [trabalho apresentado à disciplina "O tempo, o espaço e o território: uma questão de método". FCT/UNESP]. São Carlos; 2004. Disponível em: http://www.temasemdebate.cnpm.embrapa.br/textos/051018_TERRITORIO_ESPACO.quarta.pdf Acessado em 07. 07. 2007.
82. Santos M. Metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1996.
83. Fontes BASM, Eichner K. A formação do capital social em comunidades de baixa renda. In: Redes- Revista Hispana para el análisis de redes sociales. Vol 7 2004. Disponível em <http://revista-redes.rediris.es>. Acessado em 20.10.2008.
84. Mângia E, Muramoto MT. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev. Ter. Ocupacional. Univ. São Paulo, 2007, 18 (2), p. 54-62.
85. Molina JL. El estudio de las redes personales: contrinuiciones, métodos y perspectivas. In: Revista hispana para el análisis de redes sociales 2005. Disponível em http://seneca.uab.es/antropologia/jlm/public_archivos/redes_personales.pdf Acessado em 08.09.2009.

86. Vaitsman J, Andrade GRB. Apoio e redes: conectando solidariedade e saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 7 (4), 925-934, 2002.
87. Fontes BASM. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Política e Trabalho. In: Revista de Ciências Sociais. 2007. 26. p. 87-104. Disponível em http://www.nucleo de cidadania.org/nucleo/extra/2007_07_16_06_10_51.pdf. Acessado em 20.10.2008.
88. Souza ES, Silva SRV, Caricari AM. Rede social e promoção de saúde dos “descartáveis urbanos”. Rev. Esc. Enfermagem USP 41 (Esp) 810-4., 2007.
89. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2001, 17 (4): 887-896.
90. Sluzky CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
91. Molina JL, Aguillar C. Redes Sociales y antropologia: um estudio de caso (discursos étnicos y redes personales entro jóvenes de Saravejo. 2005 Rev. Hispana para análisis de redes sociales. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/> Acessado em 08.09.2008.
92. Hawe P, Webster C, Shiell A. A glossary of terms for navigating fields of social network analysis. In: J. Epidemiol. Community Health 2004; 59 p- 971-975. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1732636> Acessado em 21.08.2008.
93. Costa, A. G., Ludermir A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 21(1), 73-79.
94. Meneses MPR, Sarriera JC. Redes sociais na investigação psicossocial. In: Rev. Aletheia, 2005, no.21, p.53-67.
95. Hardt M. O trabalho afetivo. In: Núcleo de Estudos e Subjetividade do Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP (org). O reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003.
96. Hardt M, Negri A. Império. São Paulo: Ed. Record 2006.
97. Pelbart PP. Esquizocenia. In: Daniel Lins (org.). Nietzsche Deleuze: arte resistência. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

98. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Ana Pitta: A reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 2001.
99. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006
100. Foucault M. História da sexualidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988
101. Deleuze G, Conversações: 1972- 1990. Rio de Janeiro (RJ): Ed. 34; 1992.
102. Perelmutter D. História Oral, Memória e Subjetividade [Apresentado à 1º Encontro das Ações Educativas em Museus da cidade de São Paulo]. São Paulo; 2006 ago.15
103. Kastrup V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. Rev. Educação & Sociedade 2005, 26 (93).
104. Guatarri F, Rolnik S. Subjetividade e História. In: Suely Rolnik (org) Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2000.
105. Barcelos TM. Re-quebras da subjetividade e o poder transformador do samba [tese]. São Paulo: Faculdade de Psicologia da Ponticífica Universidade Católica; 2006
106. Guatarri F. Linguagem, consciência e sociedade. In: Saúde e Loucura I. São Paulo: Hucitec 1990.
107. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (2003).
108. Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
109. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP (2001).
110. Mello R, Lappan-Botti NC. Da reclusão hospitalar a inclusão social - representações da loucura na legislação psiquiátrica brasileira. In: Textos completos da 3ª Jornada Internacional sobre Representações Sociais e da 1ª Conferência Brasileira sobre Representações Sociais; 2003; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2003. p. 133-47.
111. Bichaff R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. [dissertação] . São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2006.

112. Rotelli F. A instituição inventada. In: Fernanda Nicácio (org). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
113. Barenblitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. 2ª ed. Belo Horizonte: Rosa dos Tempos, 1997.
114. Deleuze G, Guatarri F. Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 4. São Paulo: Ed 34, 1993.
115. Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 2ª ed. São Paulo: Brasil Debates; 1980.
116. Lancetti A. A amizade e o acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org) Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Hucitec, 2006.
117. Safra, G. A po-ética na clínica contemporânea. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.
118. Muramoto MT. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP: 2008.
119. dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Jaques Delgado (org). A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha, 1991.
120. Deleuze G, Guatarri, F.: Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia. Vol 3. São Paulo; Ed 34, 1996.
121. Muylaert MA. AT como dispositivo clínico: uma perspectiva da esquizoanálise. In: Psyche, São Paulo, 2006, 10 (18).
122. Marteleto RM. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. In rev. Cia da Informação, 2004, 33 (3). Disponível em : <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/518/471> Acessado em 03.09.2008.
123. Kauchakje S, Penna MC, Frey K, Duarte F. Redes sócio-técnicas y participación ciudadana: propuestas conceptuales y analíticas para el uso de las tacs. In: REDE-Revista hispana para el análisis de rede sociales 11 (03):01-26.
124. Jussani NC, Serafim D, Marcon SS. Rede social durante a expansão da família. In: Reben: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2007; 60 (2):p: 184-9.

125. Molero JAM. Redes personales de africanos y latinoamericanos en Cataluña, España. Análisis reticular de integración y cambio. In: REDES- Revista hispana para análisis de redes sociales 2008, 15. Disponível em http://revista-redes.rediris.es/html-vol15/Vol15_5.htm Acessado em 08.09.2008.
126. Basaglia F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 2ª ed. São Paulo: Brasil Debates; 1980.
127. Blum R. Acompanhamento terapêutico: a clínica vai às ruas. A atividade consolida-se como campo fértil dentro das práticas clínicas. [Entrevista ao Jornal de Psicologia CRP SP]. Jornal de Psicologia CRP SP 2006 set. 148. Disponível em http://www.crsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/148/frames/fr_ciencia_profissao.htm Acessado em 10.10.2007.
128. Cabral KV. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o setting. [dissertação] Porto Alegre (RJ): Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
129. Vicentim MCG. Da formação-verdade à formação-pensamento: o que a clínica do AT nos ensina sobre formação. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org). Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Hucitec; 2006.

Apêndice 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP

Apêndice 2: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- 1) **Título da pesquisa:** *Acompanhamento terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira*
- 2) **Pesquisador:** Débora Margarete Marinho – Aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – nível Mestrado – Área de Concentração Enfermagem Psiquiátrica. Fone: (11) 9987-1501 - e-mail: debomari@usp.br
- 3) **Orientadora:** Professora Doutora Ana Luisa Aranha e Silva
- 4) **Cargo / Função:** Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Fone: (11) 3061-7548 - e-mail: anaranha@usp.br.

Esclarecimentos ao Sujeito de Pesquisa:

A finalidade deste estudo é contribuir com novos saberes e práticas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no campo psicossocial. Os objetivos são: caracterizar e discutir as relações vivenciadas num acompanhamento terapêutico, AT, na rede pública de atenção à saúde mental no município de São Paulo; compreender o sentido do AT para os sujeitos envolvidos; analisar a contribuição desse dispositivo para a transformação da vida dos sujeitos e de suas redes sociais; verificar em que medida a prática do AT dialoga com as políticas públicas. Trata-se de um estudo de caso. As entrevistas serão coletadas com o acompanhante terapêutico, o acompanhado, familiar, profissionais e outros atores sociais importantes, mencionados e indicados pelos entrevistados.

Solicitamos que você responda algumas questões. Sua participação é voluntária e você não é obrigado a participar desse estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta acerca do estudo e da sua participação nele, e se tiver alguma dúvida, será esclarecida no decorrer da pesquisa. Os dados referentes a essa pesquisa serão gravados, posteriormente serão transcritos e analisados, porém o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e publicação desse estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão guardados em local seguro e uma via deste documento será entregue a você. Acrescento que, após a conclusão da Pesquisa, comprometo-me a apresentá-la a você e também em seminários, congressos e eventos afins e reafirmo que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado.

Garantias do sujeito da pesquisa:

Você tem o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar em qualquer momento o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado sua privacidade, seu sigilo e confidencialidade.

Caso precise, posso entrar em contato com o pesquisador pelo telefone: (11) 9987-1501 ou por e-mail: debomari@usp.br

Consentimento livre e esclarecido

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de _____ de 2008.

assinatura do sujeito

assinatura do pesquisador

assinatura da docente

Telefone para contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: (11) 3061-7548.

Apêndice 4: Instrumento de coleta de dados

Identificação do (a) entrevistado (a)

Nome ou iniciais:

Data de nascimento:

Sexo:

Escolaridade:

I. Acompanhantes e outros profissionais técnicos da rede

1. Ano de formação:
2. Instituição de formação:
3. Pós Graduação:
4. Instituição:

II. Acompanhado, familiares e outros atores sociais (não técnicos)

1. Situação econômica:
2. Onde mora:
3. Onde vive:

III. Questões norteadoras:

Para os trabalhadores at e profissionais técnicos

1. O que é o AT para você? Qual a finalidade?
2. Como é realizado o trabalho de AT?
3. Quais recursos e que são utilizados na prática de AT?
4. Quais são as dificuldades e facilidades que você sente no trabalho de AT?
5. Você acha que o AT produziu transformações ou inovações no cotidiano dos sujeitos que são acompanhados? Se sim, quais?
6. Quer acrescentar mais alguma informação?

Para o acompanhado, família e outros atores sociais não técnicos

1. O que é o AT para você? Qual a finalidade?
2. Como é realizado o trabalho de AT?
3. Você acha que o AT produziu transformações ou inovações no cotidiano?
4. Quais são as dificuldades e facilidades que você sente no trabalho?
5. Quer acrescentar mais alguma informação?

Apêndice 5: Entrevistas

Entrevista A#1

I. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: A. M. B.
2. Nascimento: 1975
3. Sexo: Feminino
4. Escolaridade: Superior Completo
5. Formação: Psicologia
6. Ano de Formação: 1997
7. Instituição de Formação: Mackenzie
8. Profissão: Psicóloga/Acompanhante Terapêutica

II. Questões Norteadoras

1. Gostaria que você me contasse como se interessou e como você começou o trabalho de AT

Sujeito: Foi na época da faculdade, no último ano. Eu trabalhava como monitora de psicopatologia, o pessoal da faculdade fazia entrevistas com os psicóticos lá de um hospital de Santana, e aí o pessoal de um semestre anterior ao meu, que eu já era monitora, me chamou para participar de uma equipe e atender em casa, já que precisavam de quatro acompanhantes terapêuticos. Meu trabalho de conclusão de curso, já era um pouco sobre isso, era sobre simbiose e psicose.

Fiz parte de um grupo de AT, mas que não faço mais, mas que até hoje a gente funciona como rede, no sentido de encaminhar paciente e de contar casos que a gente está trabalhando. Também faço parte da Associação de Acompanhantes Terapêuticos, a AAT.

Pesquisador: E você fez algum curso

Sujeito: Fiz o curso da CASA em 97. Comecei o acompanhamento e fui fazer o curso. Era um curso que na época não era de formação, durava três meses. Era com o Leonel, o Kleber, a Débora Sereno, a Claudia Trigo. E foi muito legal

2. No caso da K., me conte um pouco o seu percurso nesse AT.

Sujeito: Fui chamada para acompanhá-la em caso de substituição, porque a M. estava se retirando para ter o bebê. Só a acompanho há um mês e meio. Ela entrou em contato comigo, perguntando da minha disponibilidade, principalmente pensando em manter o horário que era o dela, e eu estava com esse horário vago. A M. me apresentou o caso e no mesmo dia eu conheci a K. pra ver se ela gostava de mim e essas coisas todas e foi muito interessante o contato e fazer uma passagem de substituição de uma at por outra, eu já tinha feito até com a M. em um tempo lá atrás... Há dez anos atrás... E essa passagem aconteceu por que era uma saída de gravidez, e a K. estava muito mexida com isso, e foi uma coisa que apareceu nesse primeiro contato, ela me perguntou se eu estava grávida também. E a M. respondeu a K. afirmando que ela estava com medo de que iria embora também e aí eu fui

tentando conhecê-la também logo no primeiro contato, porque é uma coisa ansiógena, né... Ela foi ao banheiro várias vezes, depois voltava e ficava olhando muito, mas de pronto já achei interessante, pensando em como eu poderia ajudá-la nesse momento de pronto, pois sabia que para ela não estava sendo tão fácil.

Ela tem umas preocupações em relação... bom, o que eu vou entendendo já...com a feminilidade... ela está se fazendo algumas perguntas (a M. já tinha colocado isso)... ela está na adolescência... Ela parece se perguntar o que é ser mulher, e ela faz muitas perguntas diretas em relação à isso, é muito interessante... Logo no primeiro contato, ela já me perguntou sobre a gravidez, sobre o marido, quem gostava mais de quem. Ela conta dos três maridos dela... (é uma coisa que a M. já tinha falado também). O contato parece até afetivo, o diagnóstico dela é de esquizofrenia, que eu não fico muito em cima disso...

Pesquisadora: Por que você não fica muito em cima disso

Sujeito: O meu jeito de trabalhar é não se preocupar com essa questão do diagnóstico. Preciso ver qual é o contato, o que é que está acontecendo ali, pra eu poder saber como eu vou começar o trabalho... às vezes volto até depois e me digo, “ ah, então é isso...”Mas mesmo assim, eu não me preocupo com esse diagnóstico. Eu fico preocupada com a transferência, qual é a demanda, o que é importante para se trabalhar.

E uma coisa que eu logo puxei e em seguida teve uma reunião lá no CAPS, foi o irmão da K., a M.. e eu começaria como at uma semana depois. Nessa reunião também estava presente a E. do CAPS, que é a diretora, e ela foi falando um pouco sobre o percurso da K. lá no CAPS, que é há tempos, desde a adolescência, que a frequência dela foi diminuindo, que ela faz bastante coisas...Ela faz kumon, liun kon (que ela considera como bastante importante), natação, japonês, trabalha na lanchonete da família. Ela fala muito da família e fala como é algo que ela tem. Eu achei uma fala tão forte...Muitas vezes ela parece guardar a opinião dela, vamos dizer assim, mas quando ela fala, diz coisas bastante expressivas, como isso da família. São coisas bastante destacáveis na fala dela, quando ela sai um pouco dessas coisa sobre o que é ser mulher, do que ela vem sentindo... Foi muito interessante do que ela foi falando, já que ela queria assistir um filme que ela escolheu... Ih, me perdi... Bom, na reunião quando eu fui falando no que eu pensei em trabalhar, eu coloquei nessa reunião que eu queria trabalhar a autonomia. Porque eu pensei “deixa eu colocar essa palavra desde já, porque essa passagem de ats, da M. sair, me pareceu uma coisa um pouco ansiógena, é claro e eu disse, “ deixa eu dar um nome pra isso já”. Ela está fazendo uma passagem pra uma pessoa nova e isso é autonomia, e que bom que ela está podendo conhecer uma pessoa nova... Porque a M. tinha um certo cuidado de levar (a M. tem carro e eu não tenho), de levá-la ao ponto, deixá-la sempre no mesmo lugar, de carro, e eu falei “não vai ter isso, e agora como é que vai ser, né...”Aí ela disse “eu compro um carro”, saídas mágicas, primeiro, né..E no primeiro at de saída ela me diz “ cadê seu carro” e eu disse “ eu te avisei, era sem carro” e ela ficou preocupada se eu ia deixar ela no ponto e eu falei que íamos ao ponto sim. Aí eu comecei a pensar e colocar como é que pode ser diferente algumas coisas aí e deixá-la a par disso. A palavra autonomia, diz de deixá-la responsável também por essa passagem, né... Eu não vou ter que agradecer, não vai ser uma coisa de ser igual a M. Aí ela tem que lidar com essa diferença. Ela estava há dois anos com a M. então pode ser uma coisa que possa mexer bastante, eu fiquei preocupada com isso.

Pesquisadora: E em relação à autonomia, você consegue trabalhar com ela, quais aspectos, além dessa passagem de responsabilização ao vínculo com você? É isso que vc está falando?

Sujeito: Ao vínculo e a tomada de posição pra algumas coisas. A K. me pergunta “onde nós vamos?” Eu devolvo a pergunta: pra onde nós vamos ? Ela lança algumas coisas que são difíceis pra quem tem uma hora e meia para se trabalhar. Ela quer ir num restaurante na 23 de maio que ela pensou em ir no final de semana com a família. E eu: “K. dá tempo de fazer isso?”. Ela diz que dá e eu pergunto qual o ônibus que precisamos pegar. Então eu digo que a gente precisa ver isso durante o nosso tempo e fazer isso num outro dia e trabalhar isso... Ai ela escolhe fazer isso, mas ainda ela não escolheu procurar esse restaurante e como chegar nele. Ela escolheu ir pra outros lugares, tantos outros lugares...Primeiro foi shopping, uma coisa que ela fazia com a M., depois a padaria que ela fazia com a M., depois do shopping, ela disse que foi diferente o at comigo, porque eu olhei as bolsas.... (rs). Ai o que foi isso, o que quer dizer isso (rs). Ai é uma coisa que é preciso prestar a atenção... Ai ela fala que não quer ir mais no shopping... Ai ela fez um pedido: “escolha um lugar pra me levar?” Ai eu trabalhei isso: “porque?” Por que eu já estava trabalhando em ela escolher os lugares. Ai ela me disse que já tinha escolhido e era para eu escolher, então no próximo at sou eu que escolho. Ai eu levei ela lá numa loja na Benedito Calixto, que é cheia de coisas de casa... Ela fala muito de casa, de apartamento, ela tem um irmão que vai casar, ter o apartamento dele... Fomos nessa loja e ela ficou encantada com os móveis, e eu achei que ela ficaria encantada com as coisinhas, mas ela ficou com os móveis. Ai ela falava assim: “era isso que eu ia escolher pra minha casa...”Eu achei uma coisa tão surpreendente, porque eu não esperava aquilo...Eu fiz uma indicação de um lugar, porque ela gosta de coisas bonitas... No shopping eu reparei nas coisas que ela parava pra ver

Pesquisadora: Parece que isso tem haver com autonomia?

Sujeito: Parece né... Dá até pra fazer uma leitura assim... Mas eu acho bom deixar todas as hipóteses

Pesquisadora: Não dá para afirmar, por vocês estarem num início de vinculação?

Sujeito: É... Ela continua a fazer muitas perguntas para mim...se eu tenho filho, se eu saio de sábado sozinha. Ela fala que ela sai sozinha, mas segundo a M. ela não sai sozinha, ela sai com os familiares.

Mas já fizemos uma coisa diferente, ir num cinema é diferente. Nós fomos e tinha que pegar um outro ônibus pra ir pra casa. Então eu trabalhei muito isso com ela... Não perguntei pros familiares e fiquei super preocupada. Com a M. eu soube que era para deixá-la no mesmo ponto, porque ela não tinha autonomia de sair dos lugares antes... Ai a gente foi pra um shopping diferente, assistimos um filme, que era o High School, que tem a ver com a adolescência, um filme super inocente. Até bonito em relação as danças, por que ela fala muito de dança, e ela sai do filme e fala: “que filme quente!” (rs). Pelo que eu soube, já é o High School 3 e que nunca houve uma cena de beijo, e que teve um caszinho nesse filme que se beija e a platéia desse filme até aplaudiu. É uma platéia super mista, de crianças, adolescentes e muita gente mais velha, achei tão interessante...E a K. saiu achando o filme quente... E aí fiz uma coisa diferente, deixei ela num ponto diferente e ela foi embora... Nunca tinha feito isso, nem a M. e ela foi... Eu apostei mesmo e a mãe ligou um pouco depois, foi um dia que choveu e ficou muito parada a Pedro de Toledo e ela estava assustada que a K. não tinha chegado e eu contei do filme que foi até tal hora e que a rua estava totalmente parada e acreditava, porque a Ibirapuera tava super livre, porque é o percurso que ela tem que passar e em seguida ela chega na casa dela e então eu achava que ela estava pra chegar já. Ai a mãe me disse que se ela chegasse logo, ela não me ligaria mais, e ela não me ligou (rs). E eu achei muito interessante a K., foi na semana passada isso... Foi uma coisa combinada com a família de uma vez por mês ter um AT mais longo.. Achei muito interessante, porque não é facil para ela, nem a família fazer um novo caminho, pegar um ônibus

diferente... E que isso gera alguma angústia e um tanto de ansiedade... Só fazendo e trabalhando isso pra ver até onde vai, né...

3. Quais aspectos você avalia como importante o seu trabalho na vida da K. nesse momento?

Sujeito: A questão do vínculo que ela tem com a M. Teve uma passagem que eu não contei ainda, que tivemos em uma biblioteca e assistimos a um filme que a K. escolheu... Esse afastamento da M. que é por um período...

Pesquisadora: Ela vai voltar a fazer at com a M.?

Sujeito: Foi assim o combinado, de voltar... E é uma coisa que eu tenho esse cuidado também... Tem um vínculo comigo, mas tem a M., que vai voltar em 3 meses.

Trabalhar essas coisas do afastamento da M., essas coisas que a K. traz para mim, como é ser uma mulher e as questões da adolescência... que ela fala e que não poderia ser um at homem, porque a família achava que ia ser um tarado.. Então eu sou uma segunda at mulher e e ela “não, é a quarta, só vi mulher” e aí eu pergunto, “como é que é isso pra você” e ela não responde, então é uma coisa que eu acho que fico atenta de propor um vínculo que é este e que também vai ser temporário e trabalhar a autonomia, mas dentro do que a K. vai desenhando, não tem como eu chegar e falar “vamos fazer um desenho amanhã...” deixo a coisa vir, né...Então “o que é que você quer K.” eu acho que isso é muito importante.

Pesquisadora: Conhecer outros caminhos desenhados, a partir da transferência de vocês duas?

Sim, porque ela é bastante esperta... Não tem uma questão, ah...então ela está delirando e não está percebendo o que acontece no mundo, porque está vendo o que acontece no mundo o tempo todo... O que ela foi contando do que ela faz, me fez ter essa coragem de apostar em pegar um ônibus em outro lugar e chegar na casa dela... Ela tem outra coisa que eu não falei que é cuidar da avó, isso aparece muito, é uma senhora bem de idade...A mãe já é de idade, imagina a avó. Que é uma coisa que ela fala que faz com muito gosto...Isso é um papel que ela se apropria de verdade e é algo que também gasta o tempo dela...

E ela fala de muitos nomes, às vezes ela me chama de Cibele, e eu ainda não descobri quem é essa moça (rs)...E eu acho isso muito interessante, bom é uma moça que tá aí, não importa se já esteve na vida dela como terapeuta, ou alguma coisa assim, mas parece que é uma terapeuta de quem ela precisa...

Ah, eu costumo ver sentido em muitas coisas! Mesmo que ela traga a Cibele, isso tem um sentido grande pra ela.

Não tem como eu trabalhar sem eu me aprofundar, já é uma coisa que eu carrego desde que eu comecei a estudar Freud, de que as coisas têm uma cadeia associativa, de que há uma história dentro de cada aparelho psíquico e que funcionam de um jeito, não há um jeito certo, é um jeito que traz prazer e traz angústia...

Eu acho que tem um trabalho como psicótico, quando eles falam de um delírio e dessa produção que parece sem sentido, tem um sentido que é tão tramado e que pra o outro é tão difícil chegar lá...

E um at cria uma espécie de espaço, que um coordenador de grupos chamava de estômago mental, um espaço pra refletir, não adianta, você vai sentindo coisas junto também... Um espaço pra refletir, guardar durante um tempo, pra devolver depois...Eu costumo sentir junto, pra refletir...que coisas são essas, qual a origem da psicose, porque acontece isso, porque não acontece outra coisa.

4. Você acha que o seu trabalho, nesse curto período, já produziu mudanças na K.?

Sujeito: Mudança tem sim, porque eu já sou outra pessoa, ela já teve que lidar com coisas diferentes, que ela não precisou lidar antes.

Me faz pensar que a K. tá querendo coisas... Com a M. a K., também estava querendo coisas... mas é interessante, porque talvez sejam coisas outras, mas isso eu não vou poder dizer, mas quer coisas eu acho muito importante...

Pesquisador: Que coisas?

Sujeito: Ela me ligar e perguntar o ue a gente vai fazer essa semana, vai ser um passeio como antes? E eu acho que esse passeio foi algo que ela aproveitou, porque ela fala que ela não passeia e que no final de semana ela gostaria de passear mais. E a proposta era inclusive de fazer um passeio de final de semana, mas como a gente precisava das horas também da semana, pra poder fazer esse deslocamento que é longe do CAPS e fazer isso e assistir um filme já é bastante horas... Mas falar em frente à um prédio construindo e falar " eu quero morar ali" , que talvez já tenha a ver com a M., mas a M tem um marido e tem um filho e eu quero também...às vezes ela faz uma pergunta, sabendo da resposta, é muito engraçado, a M. falou " ela tem umas coisas...ela adivinha..." (rs) Ela me disse que a gravidez, quem soube primeiro foi a K.

Pesquisadora: É impressionante psicótico, né...

Sujeito: É uma comunicação de inconsciente pra inconsciente que funciona... O que pode ficar é a K. querer outras coisas também... Um novo at vem com novas coisas... Eu tenho um namorado oriental também, e algumas coisas em japonês falamos juntas e ela falou: "você sabe mais japonês que eu, por que?" E eu: " claro que eu não sei mais, só sei até a" E da culinária japonesa a gente está falando... Qual é o efeito que está tendo, eu acho que só vai dar para saber bem depois, mas dá para saber que tem. Qual é a influência minha sobre a K. e da K. sobre a minha, ainda não dá pra saber não, mas que tem, tem.

5. Quem são as pessoas ou lugares (instituições) que você encontrou no trabalho com a K. e que você acha que são importantes?

Sujeito: O CAPS é muito importante, por toda a história, né... a história da K., também é a história do CAPS. As pessoas me apresentam a K. toda vez que eu vou e eu só chego na porta: "a K. é assim, a K é assado". Na última vez, me acharam a irmã da K. porque a cara era a mesma... Os usuários do CAPS também parecem estar fazendo parte do que ela está querendo pra ela e está buscando conquistar pra ela, tem um homem lá que ela se interessa, e tem casaizinhos que estão juntos e ela vai lá e eles falam "sai daqui K" (rs) Porque ela via e faz perguntas indiscretas. Tem pessoas que querem sai junto e você até presenciou a C. que queria sair junto com a gente e foi até o meio do caminho e foi interessante... E esses lugares que ela frequenta, a natação, o liun kong que são lugares importantes, apesar de ela não conhecer, as pessoas de lá... E a família é muito importante, que é uma parte bastante presente na vida da K. Então comigo, ela pensa em fazer um passeio comigo, como ela quer fazer com o irmão, a mãe e a mãe não quis ir no restaurante, porque era caro..

6. Você está sendo a primeira pessoa a entrevistar... Dessas pessoas e lugares que você mencionou quais você acha serem importantes para eu entrevistar?

Sujeito: Do CAPS, a B. pois o vínculo da K. é bastante afetivo com ela. Uma coisa dessa passagem que eu fui reparando é que antes de sair comigo, a K. passava pela B., quase como pedindo uma autorização muito afetiva, do

tipo “ posso sair com ela mesmo?” E foi umas três vezes assim, foi muito interessante.... O meu contato com a B. foi muito interessante logo no início e o vínculo que a K. tem com a B. é bastante importante....

Dos familiares eu conheço só o A. A M. falou que esse irmão estava bastante distante, e teve uma reunião que ele foi e a mãe não foi. Talvez ele... Também acho importante conversar com a mãe e com a M. com certeza.

Entrevista K

I. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: K.M.Y (meu sobrenome é Vieira também)
2. Nascimento: 29.09.1976
3. Sexo: Feminino
4. Escolaridade: não informada (pesquisadora: e como vc sabe ler... Sujeito: aprendi na barriga do meu pai)
5. Situação econômica: não informada (Sujeito: não sei, tem tanta coisa que fico sem saber...)
6. Onde mora: São Paulo

II. Questões Norteadoras

1. Como você conheceu suas acompanhantes terapêuticas?

A B. aconselhou e depois eu fui numa psiquiatra e ela recomendou a J. Aí depois da J., a B. arranhou uma outra at pra mim, que foi a M.. e depois que a M. foi pra Paris, ela contactou a M. A A. conheci através da M.

2. Por que você tem acompanhamento terapêutico?

Porque meu pai e minha mãe não concordam em eu sair sozinha de casa, muitas vezes. Mas tem vezes que eles deixam. Minha mãe achou que eu estava perdendo muito tempo também, aqui no CAPS, porque eu só ficava aqui...

3. Qual a importância dos acompanhantes terapêuticos na sua vida?

Na minha vida... amizade, elas são minha amigas, né... benefícios, lutas na vida, compreensão...

Pesquisadora: Que tipos de benefícios elas te trazem?

Sujeito: Ah, tem vários benefícios que elas me trazem, né... Benefício, assim, de ensinar o que uma pessoa tem que saber, entender... o que uma pessoa tem que dar pra uma outra pessoa... É uma relação não só de amizade, como de companheirismo.

4. Você tem amigas fora elas?

Acho que eu tenho, mas não me lembro, porque eu tenho problema mental.

Pesquisadora: Mas você se lembra das ats...

Sujeito: Sim...

5. Então você começou com acompanhamento terapêutico pra poder sair de casa, sair mais um pouco?

Não só pra poder sair de casa, mas por ser uma coisa a parte da psiquiatria, que tem a ver com a psicologia. Elas me ajudam também a fazer compra.

6. Você frequenta outros lugares além do CAPS?

Frequento o Cecco, natação e estudo japonês. Também vou ao parque, shopping, conheço lugares especiais...

Pesquisadora: Você vai com quem à esses lugares?

Eu vou sozinha e com a at.

7. Como você conheceu esses lugares?

A amiga da minha mãe, minha amiga, apresentou os lugares.

8. Por que você veio fazer tratamento no CAPS?

Porque não lembro o por quê... Porque eu tinha perdido meu pai, aí depois eu fiquei abalada, com comportamento, assim... esquisito, ninguém me entendia, então fui parando por aqui.

9. Ocorreram mudanças na sua vida, quando você conheceu as ats?

Se mudou? Um pouco, nem tanto assim. Eu tenho que lidar com elas...

Pesquisadora: Em que sentido?

Sujeito: É... caráter, ih... tem tanta coisa... Minha vida com as ats foi de companheirismo.

Pesquisadora: Você arranjou companheiras que antes você não tinha, é isso?

Sujeito: É isso. Elas me ajudam a ter paciência com as pessoas...

Pesquisadora: Ah, é?

Sujeito: Antes eu brigava à toa, era muito nervosa.

10. Como é sua vida, sua rotina com as ats?

Ah, não sei... Minha mãe ocupa muito espaço em tudo o que eu faço... Com as ats... é compreensão, é... passear, é fazer uma coisa ou outra juntas... E com a minha mãe também, com primo, com o avô, eu saio pra passear. Com as ats eu conheci novos lugares, parque, shopping, museus, Sesc..

11. Quem são as pessoas importantes em sua vida no CAPS e fora do CAPS?

Família Vieira, família kataiama, kata...katagrama (rsss)

Pesquisadora: Cata-grama? (rsss)

Sujeito: Minha família, eu acho...

Pesquisadora: E aqui dentro do CAPS, tem alguém que você gosta de conversar?

Sujeito: Eu gosto de conversar com todo mundo aqui dentro..gosto de conversar com o guarda...

Pesquisadora: Em quem você confia, quem você tem um vínculo legal aqui?

Sujeito: com a B.

12. Dessas pessoas, quem você acha que eu deva ouvir?

A B.

Pesquisadora: Da sua família tem alguém que eu deva ouvir?

O R., que é estudante lá da USP também

Pesquisadora: Quem é o R.?

Sujeito: Tem vez que ele fala que é meu pai, tem vez que ele fala que é o meu irmão, tem vez que ele fala que é meu amigo...

Com o A. também. com o A., e a minha mãe.

Pesquisadora: Com o R, com o A, e com sua mãe.

Sujeito: Com o A e com minha mãe.

Entrevista Mãe

I. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: H. K.Y
2. Nascimento: 15.04.1942
3. Sexo: Feminino
4. Escolaridade: 1º grau completo
5. Situação econômica: classe média
6. Onde mora: São Paulo

II. Questões Norteadoras

1. Você percebe mudanças na vida da sua filha com o tratamento no CAPS? Se sim, quais?

Sim. Muita coisa mudou depois que...Bom, ela foi atendida com vários médicos, só que no começo, ela melhorou um pouco, depois entrou na gestão do Pitta, entrou uns médicos que...ficou meio parado...A K. só continuava daquele jeito mesmo, não ia pra frente nem pra trás e os médicos diziam que a K. não tinha cura, naquela época né, naqueles médicos...Então eu já estava desesperada, o médico falava: " faça bastante horário junto com ela, porque daqui há pouco, ela não vai sair mais de casa, não vai acompanhar mais vocês"...Aí depois que saiu o PAS, que mudou outra vez todos os médicos, aí a K. encontrou uma médica muito boa, a psiquiatra, né...daí ela começou a melhorar dia-a-dia e continua melhorando.

Tudo isso lá no CAPS, depois saiu o PAS e entrou a dona B. e até hoje a K. está lá...Com a ajuda da dona B., nossa, minha filha melhorou, pode falar que 100%! E depois com o acompanhamento melhorou mais ainda...Até então, a gente tinha que levá-la todo o dia, aí o A. levava e ia buscar, ela não conseguia sair sozinha...mas foi melhorando bem e depois com o conselho da dona B. ela começou a ter acompanhamento né...daí melhorou mais ainda, hoje anda sozinha, volta sozinha, faz compra, faz tudo.

2. Então, falando do acompanhamento terapêutico, a senhora acha importante na vida da K.?

Ah sim, bastante importante... Nossa, como ajudou, porque a gente sai junto com ela, mas não é como o acompanhante, como ensinar...a gente faz do jeito que a gente quer, então ela também, com a mãe ou com o irmão,

ela só fica obedecendo...Agora, com o acompanhante já não, ela já ensina, faça assim, manda escolher... e essas coisas deixam ela mais segura... No começo, ela morria de medo...

Pesquisadora: Medo de que?

Sujeito: Medo de se perder, alguma coisa, né...Mas a gente controlava a saída dela, e a terapeuta me ligava e eu também esperava, e...nossa, deu tudo certo...

3. Houve mudanças significativas na vida da K.?

Eu acho que ela ficou mais independente, porque tudo dependia da mãe, irmão...Mesmo falando de compra, "mãe eu preciso disso, daquilo", mas tinha que comprar ou acompanhar junto e comprar, agora não...Agora ela já se vira sozinha, se ela quer uma coisinha, ela mesma compra, se ela quer alguma coisa, ela mesmo se vira

4. A K. faz algumas atividade fora do CAPS, né?

A dona B.achou o Cecco, que é da prefeitura também, e como fica bem pertinho, aí eu levava. Aí, com o acompanhamento, ela já começou a ir sozinha...E quando tem alguma coisa diferente "eu quero entrar nisso" mosaico, por exemplo, ela fala: " posso entrar" e eu falo que pode... E assim foi indo, agora está tendo escola de kumon. Conhece kumon?

Pesquisadora: Já ouvi falar...

Sujeito: Também vai, e ela tava tendo aula de matemática, mas agora parece que está fazendo japonês... Tudo através do acompanhamento, porque a Maíra. foi a primeira, depois ela foi pra França e depois entrou a M. A M. olha, ajudou bastante...Nossa, como desenvolveu bem...

5. A senhora quer acrescentar mais alguma coisa?

Esse tratamento...tá certo que ela utilizou todo o tipo de remédio...mas essa última medicação que esla está tomando deu certo com ela...Mas eu fico pensando, né...nossa, todo mundo que está doente, pra que né...Assim, os médicos vão experimentando e vão vendo a diferença...tem gente que não melhora, né...Aí eu fico pensando, será que o médico não fica muito em cima, só larga, dá esse remédio e não fica lá...eu acho que assim nunca vai pra frente, né...Eu acho que tem que acertar no medicamento, nossa como ela se deu bem com esse remédio...

Pesquisadora: Além do acompanhamento, do CAPS, do CECCO, também tem a medicação...

Sujeito: É, o remédio também é muito importante...No dia que ela esquece de tomar alguma coisa, ela já fica, assim, parada... Então eu acho que o medicamento, o acompanhamento, tudo isso, eu acho muito importante...E depois, como meu serviço, é assim...com lanchonete né...tem muito funcionário, né...e esses funcionários também... todo mundo conversa com a K. né...Porque a K. é daquele jeito, né...meio parada..., mas todo mundo puxa conversa...Eu acho que essas pessoastem que conversar, senão...

Pesquisadora: Ela também trabalha aqui?

Sujeito: Pra ela não ficar parada, no dia que não tem nem kumon, nem o CECCO, nem CAPS, uns quatro dias é ocupado...Então quando tem uma folga, sexta, sábado, ela me ajuda...e ela cumpre o horário, de entrada e de saída.

Pesquisadora: Ela tem amigos?

Sujeito: Eu acho que é difícil, né...Porque o irmão é muito chato, meu filho né...e ele toma muito cuidado...tem alguns meninos que às vezes quer conversar com ela e ele fala: "olha, cuidado, não sei o que"...aí ela fica receosa...Mas ela não tem muita oportunidade de entrar no meio de jovens então tá sendo difícil, e ela fala "mãe, eu quero namorar" (rs) De vez em quando ela fala "mãe, eu acho que eu não vou casar nunca", por que eu acho que ela tem na cabeça isso, né...A gente fica meio preocupado...(rs)

Entrevista Irmão

I. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: H. Y.Y
2. Nascimento: 21.11.1974
3. Sexo: masculino
4. Escolaridade: superior completo
5. Situação econômica: classe média
6. Onde mora: São Paulo

II. Questões Norteadoras

1. Você percebe mudanças na vida da sua irmã com o tratamento no CAPS? Se sim, quais?

Foram mudanças muito grandes...Eu acho assim que, até aquele momento, antes dela começar, o tratamento no CAPS, ela estava assim...ela não tinha uma vida, uma vida social e depois que começou o tratamento, mudou muito, muito mesmo. Eu acho que esse tratamento, pra ela foi começar a vida.

Pesquisadora: O que mudou? Quais aspectos significativos?

Sujeito: Nossa, ela era violenta, ela não tinha muito... não tinha noção das coisas... Sei lá, não tinha noção da vida... como que se fosse cuidar de um animal, não tem raciocínio, não tem coerência no que fala, não tem coerência nas coisas da vida... mesmo como ser humano, ela não agia como um ser humano normal... Com o tratamento, ela melhorou muito, aos poucos assim... No começo, não foi aquela coisa muito rápida, mas com a medicação nova que eles mudaram ali, aí teve uma melhora muito grande, uma melhora muito grande mesmo.

2. O acompanhamento terapêutico, você avalia como importante na vida da K.?

Eu acho assim, dos acompanhantes terapêuticos...eu acho que ela já passou por quatro acompanhantes terapêuticos, a cada ano, a cada acompanhamento, ela vai melhorando... Os acompanhamentos estão melhores, porque a K. tinha uma visão diferente desse acompanhamento, ela achava que era um dia pra ela passear, era um dia pra ela fazer compras...No começo ela até falava assim "porque vocês tem que pagar alguém pra passear comigo", ela não entendia que não era um passeio, era um acompanhamento... Então agora que ela está tendo uma noção real dessas coisas e acho que tem melhorado bastante sim.

3. Você percebe mudanças na vida da K. com o acompanhamento terapêutico?

Eu acho que ela tem mais noção da realidade, de como a vida é, noção de como funciona a sociedade, como é que funciona cartão de crédito, funciona o trabalho, tudo isso ela não tinha noção... Achava que dinheiro caia do céu, cartão era só passar que você não pagava nada, então ela não tinha noção disso... Agora ela passeando, ela vendo

como é que funciona o metrô, que ela tem que pagar o metrô, tem que pegar ônibus, que ela tem que dar sinal, essas coisas ela não sabia, ela não tinha essa noção... Então com o acompanhamento, ela está tendo uma noção de como funciona a sociedade... Não sei, antes de ela ter esse problema, ela tinha um pouco mais de noção, mas depois que ela começou a ter essa doença, ela começou do zero, vamos dizer assim, ela agiu como se fosse uma criancinha que não sabia nada e que ela tinha que aprender tudo de novo, começar do zero, e agora ela tá tendo uma noção maior....

Eu acho que todos os tratamentos que ela está tendo lá no CAPS são válidos. A Dra. B. sabe realmente do que a K. precisa e tudo o que a Dra. B. indica pra gente, a gente tenta fazer o melhor, pra seguir aquilo... Então eu acho o acompanhamento terapêutico muito válido sim.

4. Você gostaria de acrescentar algo?

Olha... deveria ter um itinerário... por exemplo, poderia ser abordado mais assuntos do dia-a-dia, coisas que a K. ainda tem dúvidas e às vezes ela tem receio de perguntar para a própria família e quer perguntar pro acompanhante... Só que o acompanhante também, não sei se não entende o que ela quer saber... Gostei muito da M., a M. é uma pessoa que fala, que mexe com a pessoa, ela incentiva a pessoa a falar...Então os anteriores eram muito quietas, né, meio que só acompanhavam, só escutavam, não ensinavam...

Pesquisadora: Poderia explicar melhor?

Sujeito: Abordar pontos que a pessoa precisa ter, sei lá... conhecimentos mesmo, porque você vê que a K. ainda é muito imatura e ela está numa idade que precisa conhecer várias coisas... precisa conhecer como que o mundo funciona...sair daquele mundinho dela e ver como é que é o mundo lá fora. Então eu acho importante isso. Porque, às vezes, a K. sai só pra assistir um cinema, por exemplo, são duas horas ali que ela está assistindo um filme ali e que ela poderia estar assistindo em casa, poderia estar fazendo isso com qualquer outra pessoa, não necessariamente com o acompanhamento terapêutico... Então acho que poderia ser algo mais objetivo.

Pesquisadora: Isso é uma crítica ao acompanhamento terapêutico ou ao profissional acompanhante terapêutico?

Ao acompanhante terapêutico. Depois da M. pra cá, eu acho que que a coisa melhorou bastante. Eu acho que a M. foi a acompanhante ideal para ela. As outras anteriores que tiveram, pra mim, não indicaria... Se falassem assim pra mim " vamos acompanhar com o mesmo estilo, do mesmo jeito que era?" Eu falaria não, mas como era para o bem da K. eu aceitei...Só que com a M. eu acho que é uma coisa que mudou muito... ela sempre liga, ela acompanha realmente a K., ela se preocupa, disponibiliza o telefone pra K. pra que qualquer dúvida ela ligar pra ela...é uma coisa muito mais familiar...não é aquela coisa assim, só profissional, só, do tipo sou seu acompanhante só naquele horário, " se você precisar de mim eu tô naquele horário, vcocê só pode falar comigo naquele horário" Então com ela tem uma coisa assim, que eu achei muito mais legal.

Pesquisadora: Tem uma abertura maior ?

Exatamente, um vínculo maior. Na M. a K. acredita, ela se preocupa, ela quer saber, então é uma coisa assim que ela vive mais, ela tem mais liberdade de se expressar, de falar, de se abrir. Eu acho isso muito válido.

Entrevista Gerência do Serviço

I. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: M. E. M
2. Nascimento: 14.10.1959
3. Sexo: Feminino
4. Escolaridade: Superior Completo
5. Formação: Terapia Ocupacional
6. Ano de Formação: 1983
7. Instituição de Formação: Universidade Federal de São Carlos
8. Profissão: Terapeuta Ocupacional
9. Pós Graduação: Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental, Especialização em Saúde Mental voltado para Gerência de Serviços, pelo MS e EEUSP, Especialização em Agente de Saúde Comunitário, pelo Sedes Sapientae

II. Questões Norteadoras

1. Me conte sobre como é o percurso e a inserção da K. no CAPS?

Então, a K. chegou em 95.

Pesquisadora: Você está no CAPS desde quando?

Sujeito: Eu estou no CAPS, quer dizer, ainda não se chamava CAPS, se chamava Hospital- Dia em Saúde Mental desde o começo, desde a sua inauguração que foi em 92, fui trabalhar antes no projeto do hospital dia e fui trabalhar lá em 92. Fui pra lá na verdade em 91, e foi inaugurado em 92. Era hospital-dia e virou CAPS em 2002, quando foi cadastrado no ministério como CAPS, em 2002. De 96 até 2001, foi o PAS, e a gente retomou em 2001. A K. ficou no Hospital Dia do Itaim...eu já estava lá, eu que recebi, de 95 até hoje. Ela nunca teve nenhuma internação psiquiátrica e desde o começo ela fazia um acompanhamento com um psiquiatra particular, desde 91...Ela fala dele até hoje, né...do Dr. R.

Uma psiquiatra que ela teve uma relação bastante importante foi com a C. em 2002, que eu acho que...inclusive teve uma mudança na medicação, que eu acho que teve todo um impacto bem importante, mudou, tirou o haldol e em 2002, a C. resolveu dar o clozapina que fez uma puta diferença...ela mudou mesmo, né...porque mudou essa coisa da interação, da socialização...com o haldol, quer dizer...ela já tinha essa característica mais embotada e tal, e com o haldol, isso acentuava...

Pesquisadora: O que ela faz no CAPS?

Sujeito: Então, hoje ela frequenta o CAPS duas vezes por semana, ela frequentava todos os dias, o dia inteiro...

Pesquisadora: Como foi essa diminuída, como foi esse processo?

Então, ela frequentava todos os dias e tal, e ela frequentava basicamente todas as atividades, mas não ficava muito nas atividades, ela circulava muito pelo serviço, a T.O. era um lugar que ela fica mais, mas antes ela tinha muito uma atitude de ficar escrevendo, escrevia, escrevia, escrevia...e depois passou a desenhar um pouco, ela falava que ela queria ser estilista, e é quando ela começa a se comunicar mesmo, mais verbalmente, inclusive...interagir

mais com os pacientes e com os terapeutas. A K. até hoje, não é que ela conversa com muita gente, hoje ela está se socializando mais mesmo, né...mas ela nunca foi de falar com todo mundo, tem algumas pessoas...tem a C. que ela conversa mais, a F., o L...

O que eu acho que é significativo, já que é tanto tempo que a K. está no CAPS, é que o contato dela foi mudando muito nesse tempo todo, ela entrou muito menina mesmo...Desde o começo que eu acho que foi bacana, a gente lá na época do hospital-dia, a Y. e eu, nós fazíamos reuniões com a família, a mãe, o irmão mais velho e o A.. O A. era mais tolerante, mas com o R. era muito difícil...pra ele era muito difícil aceitar a K. daquele jeito, com ele era era agressiva, mais no começo...então ele ficava muito bravo, chegou a bater nela...Então a abordagem com a família foi fundamental, a mãe fala bastante isso, como foi ajudando a lidar com a K., o que acontecia com a K. tinha a ver com ela e com aquela constelação familiar também, não era uma coisa que tinha a ver só com a K.. E aí foram aparecendo várias coisas, e ela era super ligada no pai...

Pesquisadora: A K. conta que quando o pai faleceu ela ficou mal...

Sujeito: É e a família localiza mesmo aí. O que eles contam é assim, que a mãe ficou muito mal logo depois da morte do pai, ficou deprimida e a K. ficou meio que a dona da casa. Ela ficou cuidando, e é isso, ela tinha 13, 14 anos...Já era mais introvertida e tudo o mais, a mãe contava e conta até hoje, que a K. era menina como as primas, mas ela meio que cuidava das primas, ela tinha meio esse papel materno...e com a mãe ela fez muito isso. A mãe melhorou, ela pirou...

E aí chegou no antigo hospital dia, e a gente sugeriu que ela frequentasse o dia inteiro, por que ela tinha parado a escola, tinha parado tudo...ficava só em casa, brigava bastante com o R., eles não entendiam o que acontecia, e aí parece que foi uma psicóloga que encaminhou para o hospital-dia....

Bom, pra nós era um ganho e pra família também, já que a família não sabia muito, "ah será que não tem que internar...", mas a família colaborou muito, mais o R. que às vezes questionava se ela não tinha que ser internada, meio que depositando na internação a salvação, mas a mãe temia a internação, porque a mãe ouvia falar que os hospitais são mesmo lugares de segregação, mas então, essa oferta de um atendimento fora do hospital, voltando para a casa, sempre foi bem aceita...então foi uma família que sempre colaborou. E pro serviço isso era muito importante, porque ela era muito menina e pro serviço era muito importante que ele conseguisse acompanhar essa família, acompanhar a K., prescindindo ao máximo a internação. E realmente a K. passou esses anos todos sem precisar de nenhuma internação psiquiátrica.

2. Falando com a K. e a mãe, elas dizem que sua relação com a família e com a K. foi super importante pra entrada do acompanhamento terapêutico. Como foi essa indicação, você se lembra como aconteceu isso?

Quando nós voltamos, depois desses seis anos desse período do PAS, quando eu e algumas pessoas do antigo HD do Itaim voltaram, encontrei a K., foi a primeira pessoa que eu vi que eu lembrava, e fiquei muito impressionada, pois se passou muito tempo e ela estava absolutamente obesa, enorme e embora ela não estivesse em um hospital psiquiátrico, estava em um hospital- dia, o serviço tinha um perfil manicomial: um serviço fechado, tinha cadeado nas portas e eu fiquei muito impressionada com o serviço e com os pacientes que eu conhecia. Os pacientes ficavam internados dentro do hospital-dia, e a K. tinha aquele perfil, estava enorme e eu queria que ela me reconhecesse e até eu demorei a entender que era ela, porque quando ela chegou, ela era magrinha, miudinha...Depois eu acho que com o tempo ela foi se lembrando de mim, fui contando, enfim...quem eu era, eu li o

prontuário, eu que a tinha recebido desde o começo e eu fui me reconectando com ela e ela acho que foi recuperando essa lembrança e tal...eu achei que ela tava muito mal e tinha esse discurso da mãe, que eu chamei desde o começo, dizendo que a abordagem que tinha sido feita ali naquele período, que o que se dizia é que não dava pra esperar nada...que ela era uma esquizo hebefrênica, pelo diagnóstico psiquiátrico, e que isso era o máximo que se podia esperar...e ela falava “ nossa, será que a K. nunca vai ter um pouco mais de autonomia e tal” e enfim, eu dizia que não era...uma demência precoce, como dizia o Kraepelin lá atrás, que não tava posto que não tinha nada mais pra andar, que não tinha perspectiva e tudo o mais e aí eu acho que com entrada da C., que era uma psiquiatra contratada de emergência, que se ligou com a K., ela começou a mobilizar a K. com uma atividade que tem até hoje que são os passeios, então ela ficava muito com a K., ela acompanhava a K, ela estava mais no corpo-a corpo e ela também apostava e falava que primeiro nós tínhamos que tentar outra medicação, ou seja, essa menina já tem um perfil embotado, um jeito de funcionar e essa medicação que ela toma, realmente não tem nada pra esperar, porque deixa a menina amarrada e aí entrou com a Clozapina e foi mudando...Primeiro que a K.voltou a menstruar e isso trouxe `a tona a sexualidade, a feminilidade, enfim...e aí a gente discutia que a K. já estava há tanto tempo, ela morava na casa dela, ia às vezes pra lanchonete da mãe, e lá tem uma funcionária que está muito tempo com a família, que é a M., que também é uma pessoa bem bacana e que fazia um pouco essa função de acompanhar, então às vezes ela ia com a K. na lanchonete e então era isso, todo mundo ficava extremamente protetivo e qualquer movimento da K. um pouquinho diferente era contido, eles queriam que ela se expandisse, mas nem tanto assim...ou tinham um medo dessa expansão, até porque começa a aparecer conteúdos que tinham a ver com a sexualidade e ela começa a falar mais coisas “porque meu pai era meu namorado, mas o R. é meu pai, meu namorado?”, enfim, começa vir á tona todas as coisas que eles não sabem lidar e aí com a C. a gente começa a discutir que seria muito interessante que ela tivesse um acompanhante terapêutico, que ela tivesse uma abordagem fora da casa e fora do CAPS, porque eram os únicos lugares que ela frequentava e de vez em quando, a lanchonete...saía às vezes, mais raro, pra comer fora, mas a família sempre ficava muito preocupada, aquela coisa contida, fechada, ficavam sempre preocupados que ela ficasse inadequada, então ela ficava fechada...

Aí a primeira incursão pelo acompanhamento...a gente falou bom, vamos tentar...a C. tinha uma ligação muito importante com ela e fez uma sugestão de uma menina que conhecia, que fazia psicologia, enfim, ela não tinha formação nenhuma como acompanhante, mas sim uma vontade de ter...Eu inicialmente achava esquisito porque eu tinha tido uma experiência importante na CASA e entendia o acompanhamento terapêutico como um dispositivo clínico precioso que, poderia ser feito até por uma pessoa que não tivesse feito formação, mas quem sabe sustentado e suportado por alguém que tivesse....Então essa experiência com a J., eu acho que foi o começo, mas durou pouco tempo, porque teve algumas coisas básicas de contrato, ela era muito menina, então ela furava e não avisava, então sei lá, ela achava que era só uma daminha de companhia e não era isso, então, foi interessante nessa época, porque ela podia fazer sem receber nada, um contrato mal feito, pouco formada e eu me lembro muito do A, irmão, quase que o tempo todo, eu acho que até a K. ficar mais autônoma, mesmo que depois do acompanhamento, o A. que a levava e ia buscá-la, então ele teve uma participação super importante, e ele se incomodava muito com o acompanhamento da J., sempre questionando muito, mas fazia sentido o que ele falava: “é, mas eu não entendo isso, mas como combina e não dá satisfação, e tudo o que você me explicou, qual a função, que a C. também falou...” E aí ele ficou muito incomodado e a gente foi trabalhando muito na reunião de família, que de fato valeria a pena a gente investir, que pra K. ter um percurso dela na vida, já que ela adoeceu muito cedo, na época a gente já tinha uma parceria com o curso de acompanhamento da Joana Tarraf, então foi a primeira parceria

que a gente fez com um grupo de at, enfim...entendemos que era super importante, que a gente não tinha perna pra fazer....E a gente foi trabalhando com a família que valeria a pena contratar um acompanhante que fosse formado e que eu tinha a indicação, e que poderia indicar, e eu indiquei a M....com a M. eu acho que abriu-se mesmo um campo de trabalho e experimentação pra K. e pra família fundamental.

3. O que você avalia que mudou na vida da K. e que você acha importante?

Objetivamente, a K. pode experimentar circular pela cidade sem a família, circular pra casa dela e para o CAPS, inicialmente acompanhada e a família pode aguentar isso, porque eles tinham muito medo, porque principalmente poque a K. começa a falar que “ o fulano é meu namorado, o siclano é meu namorado...” então eles ficavam apavorados que alguém abusasse dela, que ela não ia saber se defender, que não sei o quê...então eu acho que muitas coisas foram acontecendo...Até na última reunião de família, a mãe comenta da entrevista com você e ela fala isso, “ nossa, eu vou me lembrando que diferença que fez, quando começou o acompanhamento com a M.”, porque a M. tinha percurso, sustentava as saídas, as dificuldades da família, acho que lidava habilmente com isso, eu acho que foi conseguindo fazer devagar isso, de sair com a K. substancialmente, a K. começou a sair sozinha de ônibus, e inicialmente ela foi acompanhada e a mãe fala isso “ nuca que a gente ia conseguir fazer isso, se não tivesse alguém feito isso com ela, feito esse caminho com ela, porque se a gente deixar, a gente nunca tem tempo” ...eu acho que eles foram entendendo que inicialmente...a mãe falava “ mas eu não posso pedir isso pra minha funcionária?” e que tinha uma relação bacana com a K. e eu fui trabalhando muito é que não, que precisava ser alguém de fora, onde a K. pudesse ousar um pouco e de que a família pudesse ficar mais assegurada de que tinha alguém junto com ela...Na verdade, a gente se surpreendeu muito, poque a medida que o acompanhamento foi dando linha, ela foi respondendo...a gente se surpreendia, porque a primeira vez que ela saiu sozinha de ônibus, depois de ter feito o caminho com a M....ela não tinha celular, bom vamos arriscar, então arriscamos todos e ela chegou bem...Depois ela foi contando várias situações em que ela dormiu e passou do ponto, situações que ela foi se virando...enfim, apareceram iniciativas que ninguém esperava que ela pudesse ter, que é de ligar pra mãe dela, por exemplo e dizer “olha eu tô aqui em tal lugar e eu não sei como é que eu volto”, “ ah, pega o ônibus tal” e ela foi lá, pegou o ônibus e voltou pra casa...

Então eu acho que essa questão da autonomia e do ir e vir, eu acho que foi fundamental..e essa coisa da família aguentar que a K. tivesse essa experiência... E uma outra coisa que foi super interessante e que até hoje não é tão simples assim, foram as saídas à noite...também, era um território assim, imagina...era proibido sair à noite... E a fantasia da K. era essa, o que ela sempre dizia é que sair à noite não podia, que isso é coisa de mulher que não tem o que fazer...sempre associado com prostituição...

Pesquisadora: E a inserção, o contrato no CAPS foi diminuindo?

Sujeito: Isso também foi fundamental, porque a gente foi entendendo que o CAPS acabou sendo muito mais um lugar pra ficar, do que um lugar pra experimentar outra possibilidades e tal ...e aquilo que o dispositivo que a gente foi entendendo que poderia facilitar uma experimentação diferente foi o at...enfim a finalidade da frequencia no CAPS, intensiva, tem uma função de promover, facilitar, enfim...experimentações, ampliação do repertório...e que a finalidade última é ampliar o potencial de autonomia..

Pesquisadora: E aí você foi indicando o AT e outros dispositivos, né?

Sujeito: E outros dispositivos, inclusive...a gente, por exemplo, a gente começou com dispositivos externos aí..no Centro de Convivência lá de Santo Amaro, que é a região dela, com a idéia de se aproximar um pouco mais do que tem na região dela...Porque tem isso, quando voltamos lá em 2001, a idéia era territorializar o máximo possível o serviço, regionalizar, e tudo o mais...Mas alguns pacientes, e eu me lembro que a M. falava muito " ai, pelo amor de Deus, não vamos começar em outro lugar"...e aí a gente entendeu que tinha alguns pacientes que iam continuar no CAPS, enquanto o CAPS tivesse função pra eles...Eu acho que a diminuição tem a ver com isso...o CAPS não promovia essa abertura que a K. precisava e o enfrentamento que tinha que ser feito era com a rua, era com a vida, né...e no CAPS eu acho que ela ficava muito protegida...

4. Qual a importância do AT na instituição? Vocês fazem convênios de Ats com outras instituições?

É...a gente tem chamado e parcerias...A gente tem uma parceria com...não é nem com contrato assinado..talvez até pudesse ser, né...com esse curso da Joana, com Débora Sereno, do Sedes...tem alguns usuários nossos que vão para o Sedes, pra um grupo que os acompanhantes acompanham esse grupo e a partir desse grupo, tem projetos de acompanhamento grupal, muito parecido com o que tem lá no Projetos Terapêuticos...são acompanhamentos coletivos...E acho que quase que de uma forma geral, a equipe entende que o acompanhamento terapêutico é um dispositivo fundamental na clínica com esses pacientes...acho que faz uma super diferença...Eu não saberia precisar, mas hoje tem muitos pacientes do CAPS que tem acompanhante terapêutico, do curso, que faz parte do estágio e aí a gente avalia um pouco os paciente...Por exemplo, a K. eu achei que não dá pra ficar trocando...

Pesquisadora: Por conta do vínculo?

Sujeito: É trocar o vínculo, e aí fica essa coisa, então vem um estagiário, fica um período, e depois vem outro estagiário... Fui trabalhando isso com a família...primeiro porque a família tem possibilidade de pagar e fomos trabalhando isso, olha a K. tem o CAPS (enfim, tá sendo pago com os impostos, um serviço público e tudo o mais) e não temos no serviço público esse dispositivo que pra ela é fundamental e que precisa ser feito por alguém que já tem uma trajetória...

Eu acho que já tem uns três anos que ela faz acompanhamento terapêutico sistemático..foi um ano com a M., que abriu mesmo um campo interessante e dois anos já com a M. e agora tá a A. temporariamente e tal...E ela passou a frequentar o CECCO e faz algumas atividades lá...e ela fazia algumas atividades no CAPS e eu fui entendendo que ela podia fazer num lugar que circulasse outras pessoas...

Pesquisadora: E vocês fazem ou fizeram reuniões com as ats?

Sujeito: Sim, reuniões de família...porque o at na verdade foi incluído no projeto terapêutico da K. O projeto proposto pela instituição, incluiu o acompanhamento terapêutico...então as conversas com os ats são fundamentais. Eu me lembro que com a M. a gente tinha conversa regulares e o at passou a ser um parceiro da instituição e é fundamental, é meu companheiro de trabalho...rs...Com a M. a gente começou a fazer reuniões de família juntas...eu tinha uma parceira no CAPS, depois passei a acompanhar a família sozinha, e aí eu passei a acompanhar com a M. e depois com a M. a gente passou a fazer algumas reuniões...Eu fazia só eu com a família e outras conjuntas, né...onde a gente trabalhava a vida, os acontecimentos...

Pesquisadora: E essa entrada do AT na instituição, tem a ver com a sua gestão?

Sujeito: Acho que em parte sim..

Pesquisadora: Não existia antes?

Sujeito: Não. Eu acho que tem a ver assim...com a minha gestão nesse sentido...fomos trabalhando na equipe a importância de fazer alianças e parceriascom outros dispositivos do território, recursos sociais, culturais e clínicos...e a gente não tem, não é só por isso, o serviço se enriquece também com esses recursos...O serviço enriquece, o tratamento fica mais potente...Acho que com o AT, com os recursos culturais, mudou bastante a cara da instituição, a instituição ficou mais aberta, mas porosa, mais atravessada por aquilo que a gente fala que é a finalidade do processo de trabalho com pacientes na instituição, que é ajudar as pessoas a andarem em suas vidas...Como é que elas vão fazer andar suas vida, só fazendo as coisas no CAPS?

Pra muitos pacientes o acompanhamento tem um lugar fundamental de viabilizar ...porque seria importante que o sujeito pudesse experimentar, voltar a escola, por exemplo...às vezes não é a escola que ele fez, mas é um lugar de conhecimento possível, e que faça sentido pra ele. A K. passou a fazer várias coisa, né...ela foi fazer o kumon, japonês, e faz no CECCO, natação, mosaico, ela e a M. tentaram o Serquântico,de informática, mas aí a K. achou que era muito longe, enfim...E trabalhar também com aquilo que faz sentido pra ela, porque a gente também, fica tentando sugerir uma série de coisas que também, não necessariamente, tem que fazer um monte de coisas...Ela passou a trabalhar na lanchonete da família...e agora a gente tá trabalhando que trabalho tem que ser pago, ela tem que receber por isso...eu não sei se eles já fizeram uma coisa que faz tempo que a gente trabalha também, que é um registro dela em carteira...entrar mesmo, fazer essa inserção no mundo do trabalho...não é só pra passar tempo...Aí essa coisa do manejo do dinheiro, que a mãe ficava incomodada que ela comprava muitas bobagens e a gente ia trabalhando que bom...que bobagem? Pra ela não é bobagem, e se o dinheiro é dela, como ela vai querer controlar, o uso desse dinheiro...

Eu acho que é isso, o acompanhamnto tem um lugar na instituição, na vida dos pacientes e pras famílias que faz diferença, que é um diferencial importante.

Entrevista A#2

1. Identificação do entrevistado

1. Nome ou iniciais: M.V.P.N.
2. Nascimento: 18.03.1976
3. Sexo: Feminino
4. Escolaridade: Superior Completo
5. Formação: Psicologia
6. Ano de Formação: 1998
7. Instituição de Formação: PUC. SP
8. Pós Graduação: Mestrado e Doutorado em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos
9. Profissão: Psicóloga| Acompanhante Terapêutica

III. Questões Norteadoras

1. Gostaria que você me contasse como se interessou e como você começou o trabalho de AT

Foi quando eu estava na PUC em 95, eu comecei a estagiar no hospital dia em Campo Limpo e comecei a ter contato com psicóticos, com pacientes psiquiátricos e aí eu soube que existia esse trabalho e um curso na PUC, ministrado pela Chá, pelo Maurício e pelo Iso e em 95 eu fiz esse curso de introdução ao acompanhamento terapêutico.

2. No caso da K., me conte o seu percurso nesse AT.

Eu comecei, acho que faz uns três anos se não me engano e eu fui substituir a M. que já estava há um bom tempo acompanhando a K. e eu comecei o caso com a idéia de poder investigar com a K., a partir da relação, atividades que fizessem sentido pra vida dela, já que ela estava há muito tempo lá no CAPS e tava num ponto que o CAPS já tinha dado conta daquilo que ele tinha se proposto, que era conter a crise. Ela tinha 12anos, hoje ela tem 30, então ela já tá lá há 15 anos e aí ir solidificando um pouco algumas relações, estruturando ela em terapia de grupo, em outras atividades e acho que a K. estava num quadro estável, bem há 10 anos...então chegou num momento, isso muito conversando com a B. também, de que a K. precisava ir pro mundo, e pra isso ela precisava de uma ajuda, e aí a minha idéia inicial, de que esse ir para o mundo era de que ela pudesse desenvolver atividades que ela se interessasse e então comecei a investigar com ela, o que ela gostava, o que que fazia sentido pra ela, então por exemplo, ela disse que gostava muito de computação e então a gente foi no CAPS Itapeva, que tem uma ONG que chama Ser Quântico, que dá um curso de computação e a gente ficou um tempão pra conseguir vaga, depois de muito tempo a gente finalmente conseguiu, daí ela foi numa aula, daí ela disse que não gostou, porque era uma aula que ela não interesse, era na Paulista, disse que era muito longe da casa dela, ela mora em Santo Amaro... eu eu vi que ela não tinha gostado. Aí vimos um curso de crochê, que ela disse que gostava, a gente foi também, ela não se interessou...Tinha um coral que eu trabalhei muito tempo, que era o Coral Cênico de Saúde Mental, eu comentei com ela e aí a gente também foi, mas daí nada...ela não conseguiu ir e a gente não conseguiu sustentar, né...uma permanência dela nesses lugares...E aí eu fui começando a perceber que na verdade...

Pesquisadora: Por que que não conseguiu sustentar?

Sujeito: Porque ela se recusava terminantemente, ela ia uma vez e depois ela se recusava a ir...ela era muito sincera, era como se ela dissesse que não era isso que ela precisava no momento...Ela não precisava de uma atividade que pode vir a ser uma atividade profissional, não era isso que ela queria no momento...Então eu fui tentando entender o que era que ela queria naquele momento, e ao mesmo tempo, quando eu fui conhecendo melhor ela, eu vi que ela tinha atividade profissional já. Não é uma atividade que ela se realize muito, porque ela trabalha na lanchonete da mãe dela, duas, três vezes por semana...ela acho que lava prato, faz alguma coisa, mas de qualquer maneira, cumpre uma função pra ela muito importante, porque ela tá junto à mãe, mas ao mesmo tempo ela está fora de casa, ela está se relacionando com outras pessoas, principalmente ganha o dinheiro dela, ela pode fazer o que ela bem entender com esse dinheiro, então eu fui mapeando um pouco a vida dela e fui vendo que ela tinha sim, atividades, que pra ela faziam algum sentido.

Pesquisadora: Ela já trabalhava com a mãe?

Sujeito: Já, ela trabalha há muitos anos, acho que desde que ela estava com a M.ela já trabalhava. A gente até tentou fazer ela sair da função de lavar pratos, pra ir pra alguma outra função em que ela aproveitasse mais, no caixa, ou junto ao atendimento, mas a mãe não aceitou, porque lá é uma lanchonete no meio do Largo Treze...é uma lanchonete que circula gente de tudo o que é canto, itinerante, é gente muito pobre...Então a mãe dela, acho

que por um certo cuidado com ela...ela levava cantada lá na lanchonete, então tem toda uma questão super forte, moral, dessa família, em relação à sexualidade da K...daí também, acho que porque a mãe acha que ela não seja capaz de trabalhar no caixa, ou de atender um pedido, ela esquece, às vezes, ela se confunde, mas a mãe nem tentou mudar ela de função. Então ela continua até hoje lavando...E aí eu fui vendo que as atividades que ela fazia...esse trabalho, ela faz kumon duas vezes por semana, porque é uma coisa que a família super banca e ela vai aos poucos aprendendo a língua japonesa, aprendendo a fazer algumas contas, tem lá uma professora que ela gosta. Às vezes, ela se cansa muito do kumon, mas ela já está lá há uns dois anos, duas vezes por semana, o que é bastante...e fora isso faz lian kung, tai chi, no CECCO de Santo Amaro, ela gosta também, faz natação duas vezes por semana, quer dizer, eu fui vendo que ela estava ali com as atividades, que de certa maneira ela estava escolhendo e que ela não estava pedindo aquilo, ela estava pedindo passeio, lazer, ela estava pedindo outras coisas...Então ela tava pedindo que a gente fosse pro shopping...Ela tá num momento que eu acho que é um desabrochar da adolescência, então ela tá ...a M. sempre falava que com ela ela fez a transição da criança pra adolescência...E quando eu peguei a K, ela já tava na adolescência, apesar de ter 30 anos...Então ela quer ir pro shopping, quer ver gente, quer ver roupa, ela quer conversar sobre namorado, ela quer muito ir ao cinema, diz que tem vontade de ir em barzinho...então o que eu comecei a fazer vou falar “você quer ir pra onde hoje”, não direcionar mais como eu estava direcionando e pegando todas essas brechas ligadas ao trabalho. Comecei a deixar muito mais solto e daí a gente começou a ir em shopping...a gente ia de vez em quando no Ibirapuera...

Pesquisadora: Ela não tinha isso na vida dela?

Sujeito: Só tinha um pouco com a M., mas sempre com os ats, fora não. Não tem nenhum espaço na vida dela de lazer, fora o at. Nenhum. Final de semana, e durante a semana, o tempo dela inteiro que sobra ela fica vendo televisão, ajuda na casa, limpa...Ela mora num quintal que moram os avós, como se fosse uma comunidade japonesa...mora a família inteira num quintal...Então ela ajuda a avó, e também onde fica a casa dela, também é a casa dos avós...Acho que o máximo que ela faz é ir no supermercado com a mãe, e de vez em quando eles vão pra Aparecida do Norte, mas é uma vez a cada seis meses, uma vez por ano e fazia alguns passeios com o pessoal do CAPS, que são uns passeios quinzenais, mas também parou de fazer, porque eles voltavam muito tarde, e ela ficou com medo de pegar muito trânsito para chegar em casa...Então resumindo ela não tinha nenhum espaço social, de interação, de se relacionar com outras pessoas, de conhecer outras pessoas, de ampliar mesmo o horizonte, não tinha. E aí eu comecei a entrar forte nessa via dessas atividades de prazer, de lazer e aí eu senti, obviamente que a nossa relação foi ficando mais forte com essa nova direção no trabalho...O fato também de eu ter uma descendência é super importante pra família e pra própria K. tem um sentido e acho que eu também explorobastante isso, né...Então a gente canta músicas japonesas, eu me interesso muito também, então a gente tá sempre falando do Japão, do que é o Japão pra ela, de tudo o que é essa cultura, essa educação japonesa na vida dela, que eu acho que é bastante forte..

Pesquisadora: É uma coisa que você conta com isso, com a sua história de vida...

Sujeito: Exatamente, esse lado da minha história, do meu pai ser japonês e tudo...Eu acho que com a K., por eu já estar há um certo tempo trabalhando com at fui desapegando de algumas regras que eu achava que tinha que seguir, que na verdade mais distanciava dos pacientes, do que me aproximava.

Pesquisadora: Que tipo de regra?

Sujeito: Ah, eu tinha muito uma fantasia de que a gente não podia falar nada de si, por exemplo...de que o afeto tinha que ser mais distanciado...Eram coisas que eu fui construindo erroneamente, a partir de algumas leituras, de algumas supervisões, e com a K. eu deli uma relaxada assim...eu comecei a ser muito mais eu, digamos assim, muito mais espontânea, mais afetiva, nosso principal vínculo é o vínculo de amor mesmo, eu gosto muito dela...Eu fui gostando mesmo de estar com ela, de ir querendo ajudá-la sempre...ela também reconhecendo isso, também entendendo que o contato comigo tava trazendo coisas boas pra ela, acho que foi humanizando assim, minha relação com ela, do que com outros pacientes que eu já tive...Então fui sentindo mais livre pra ousar também, e então fui escutando o que ela queria, mas geralmente era assim, sair pra conversar, sair pra ir num cinema...ela adora ir no cinema, às vezes a gente saia pra comer alguma coisa, a cada dois meses a gente saia sábado à noite ou no fim da tarde...a gente foi assistir à um espetáculo de dança, no teatro...

3. Qual a importância do AT na vida da K.?

Eu acho que o AT é muito importante, é o AT que ...quando ela tá fazendo acompanhamento, eu acho que realmente ela está conectada com aquilo que ela é, com aquilo que ela gosta de fazer, que não são as atrevas que ela tem que cumprir, mas aquilo que ela tem vontade, então eu sinto que ela fica muito feliz, quando a gente sai...ela sente que ela está sendo cuidada, eu sinto que ela se desenvolve, que tem questões muito importantes de independência em relação à mãe, poder dizer alguns não, ou poder pensar se ela vai ou não ter um namorado, poder pensar o quanto que ela está melhor ou não aos anos anteriores de tratamento...o AT é um espaço de elaboração possível, com certeza também...a gente conversa...Ela tem um discurso um pouco desconexo, que com o tempo também fui conseguindo apreender como que é essa linguagem...é tipo uma língua diferente que ela fala, mas quando a gente convive muito, a gente vai aprendendo essa língua e hoje eu sinto que eu já aprendi um pouco dessa língua e eu consigo conversar razoavelmente bem com ela...ela me fala algumas coisas que são desconectadas e eu devolvo algumas coisas pra ela, porque eu vou pescando nesse desconexo o que tem de sentido, obviamente, e vou devolvendo e a gente vai conseguindo conversar. E obviamente, muitas vezes ela...tem um discurso mais coerente, mas ela também usa desse discurso incoerente...muitas vezes eu dou um chacoalhão nela e ela entra num discurso mais coerente, porque eu sinto que quando ela quer, ela tem um discurso mais coerente...muitas vezes ela joga com esse discurso...muitas vezes quando ela não sabe o que fazer, quando ela não sabe o que falar, ela joga com isso...(rs) Eu me lembro uma vez que ela queria ir no Instituto Tomie Otake, que eu falei “bom, K. aqui está meu celular e você liga e pergunta se tem tal exposição, mas primeiro pergunta se é do Instituto, se é do lugar” aí ela ligou e a mulher falou “ Instituto Tomie Otake, boa tarde”, então naquela pergunta já tinha uma resposta e na hora ela ficou tão desconcertada, que ela esqueceu de perguntar da exposição, que ela falou: “oi, eu queria falar com a Angélica” (rs)...Quer dizer, saiu completamente do script, e ela usou esse recurso que ela tem, que é um recurso maluco, já que na verdade ela sabia o que queria, que aquele era o lugar onde ela queria ir, que estava certo aquele número, então naquele momento ela jogou com a loucura dela e se fez de desentendida, mas certamente isso é muito de vez em quando que ela faz, claro que ela teve muitas crises aí que foi quebrando a estrutura psíquica dela e em alguns momentos ela tem, realmente, um discurso bem delirante...tem momentos que ela dá uma desconectada boa, ela fica muito quieta, muito louca assim...No penúltimo dia, antes de eu sair de licença, ela deu uma desconectada, parecia que ela estava em outro mundo, parecia autista, sabe...Eu falava com ela, ela não conseguia responder, perguntei se ela tinha condições de ir de ônibus, ela disse que tinha..ela perguntou se o ônibus era de escola, ela começou a delirar, eu tive que levar ela em casa..então quando ela fica meio mexida, ela dá uma desconectada...

E aí teve um movimento bastante interessante nesse processo de ir para o mundo, de fazer coisas prazerosas, mas sempre nós duas, isso é bom frisar, muitas veezs, a gente estava em lugares que tinha outras pessoas, ela buscava uma interação com um vendedor, ou com alguém que tava na loja, mas era...fica aí assim...Eu sempre perguntava se ela queria trazer gente, se podíamos sair em grupo, e ela sempre querendo mais sair comigo...Tiveram umas três vezes, que eu consegui levar às duras penas a C.do CAPS, que é uma outra paciente, pra gente ir no shopping, foi fantástico...foi muito legal, a gente foi na C&A, ela comprou uma blusa pra C., ficaram vendo roupa, mas a C. explora um pouco a K. em coisas de grana, a K. não põe limite, então teve um conxto ali que a gente teve que trabalhar, por uns limites na C., então eu falei “olha K., fala isso, o que você está pensando, né...”fui falando conforme as coisas foram acontecendo, e daí de uns tempos pra cá ela começou a trazer propostas de passeios e assim, pra mim, foi uma das coisas mais bacanas que aconteceu nos últimos tempos..eu sempre levava a revistinha da Folha, dos circuitos de atividades culturais, e a gente via juntas, escolhia e ia, daí ela começou a trazer essa revistinha e ela já vinha com aquilo que ela queria...isso foi fantástico, eu fiquei muito feliz, valorizei muito e disse “olha K. isso é muito importante, de você pensar, programar o nosso passeio, ver aquilo que tem mais a ver com você”...Então tava tendo aquela comemoração Brasil, Japão e tinha muita exposição, muito show, então fomos em várias exposições, ela que escolheu, a gente foi no Ibirapuera, a gente foi no Instituto Tomie Otake, daí ela escolheu outro dia uma exposição super pequenininha na Vila Madalena, que é um lugar bem pequenininho, que ninguém nunca vai e ela falou “é esse o lugar que eu quero ir”...era uma exposição abstrata, difícilima de entender, mas ela queria ir, daí a gente foi...Uma peça de teatro...ela trazia sempre um panfleto de uma peça que ela queria assistir e fomos no teatro Paulo eiró, ao lado da casa dela, a peguei em casa e a gente foi assistir à peça, depois a gente foi comer alguma coisinha...Então, antes de eu entrar na licença eu parei nesse momento...

Pesquisadora: Você vai voltar?

Sujeito: Vou voltar em janeiro...

4. O que você acha que seu trabalho produziu de mudanças na vida da K.?

Olha...eu acho que eu não consigo dizer se é só o meu trabalho sozinho ou se é também o tratamento no CAPS e um certo processo de desenvolvimento que ela vem vivendo há muitos anos e ela só vem melhorando...Então a minha entrada, potencializou isso...Eu acho que, por exemplo, eu ajudei ela a conectar com as vontades, com os desejos dela e por pra fora isso, por pra fora em palavras...quando ela pede pra gente ir em algum lugar, quando ela fala alguma coisa que a incomoda que antes ela tinha muita dificuldade em falar...eu acho que por a gente conseguir falar abertamente de coisas ligadas à sexualidade, ela conseguiu transitar em um outro mundo, que é o mundo das excitações, de por isso em palavras, que era uma coisa...acho que a M. começou com isso forte e eu vim continuando esse trabalho, porque a família não dá nenhum espaço pra sexualidade dela, então o fato dela falar e da gente aprofundar alguns assuntos, conversar bastante sobre isso, foi algo que permitiu com que ela vivesse mais a sexualidade e com isso se integrasse mais também, né...É isso é uma coisa concreta, ela ficou muito mais vaidosa depois desses anos de acompanhamento, ela era muito largada...ela hoje, às vezes pinta o cabelo, compra uma coisa bonita, volta e meia eu já vi ela de esmalte...Ela olhava que eu estava com colar, aí na semana seguinte, ela vinha com colar, eu estava com brinco, e ela vinha com brinco, a gente saia pra comprar roupas juntas...Outra coisa que eu acho que ela melhorou muito, foi que ela começou a gastar o próprio dinheiro com ela, porque ela é uma pessoa que retém muito dinheiro...ela não gosta de gastar...não sei o que que passa, como se ela não merecesse, não sei o que que ela...Mas a gente começou ...A maior vitória pra mim, foi quando ela conseguiu

comprar uma blusa pra ela! Finalmente, depois de umas quinze saídas na C&A, uma a gente conseguiu ver uma que ela queria, que ela conseguiu comprar...É muito difícil pra ela, comprar alguma coisa pra ela, investir nela, pra ela mesma...ela está muito acostumada a que os outros invistam nela, que ela invista nela, é mais difícil...

5. No seu percurso com ela que pessoas ou instituições que você encontrou e que você avalia como importantes?

Evidentemente a família, a mãe e os dois irmãos, o A. e o R., que é o irmão mais velho, tem a M., uma moça da lanchonete que tem um vínculo com ela de muito respeito, de muita brincadeira, elas se gostam muito...E aí tem a E., que é uma pessoa muito importante pra K., que é a T.O. do CAPS... elas tem uma relação bastante bacana, a E. gosta muito da K...Uma vez eu fui com a E. lá na lanchonete e a gente almoçou com a mãe dela...A C. é uma amiga dela, aos trancos e barrancos, tem algumas dificuldades, mas são amigas, tem a mesma idade, tem algumas limitações e potencialidades parecidas... tem um outro paciente do CAPS que ela fala muito e um dia fomos assistir a um filme nós três, que queria namorar ela, e ela não quis, mas é alguém que ela tem um vínculo muito bacana

7. Dessas pessoas, você acha que seria interessante eu falar com alguém?

Acho que com a E, que acompanha a K. há muito tempo e tem uma visão muito particular da Saúde Mental.

8. Quer acrescentar alguma coisa?

Eu quero dizer que eu tenho certeza absoluta que é um caso que o AT, nesse momento da vida dela é fundamental pra fazer pontes importantes pra ela ela se relacionar com outras pessoas, pra ela fazer amigos, pra ela entrar em contato com aquilo que ela gosta, pra ela ter hobbies entre aspas, pra ela crescer em todos os sentidos...No sentido da sexualidade dela, no sentido das relações fraternas, e eu tenho certeza que nesse momento (eu acho que daqui há um tempo vai ter alguma outra coisa que pode entrar no lugar do AT) o AT é fundamental e está ajudando muito ela.