

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

MARÍLIA RODRIGUES DA SILVA

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E SUAS POSSIBILIDADES: um
relato de caso**

**PATOS DE MINAS
2018**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

MARÍLIA RODRIGUES DA SILVA

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E SUAS POSSIBILIDADES: um
relato de caso**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Profa. Ma. Aline Fernandes Alves

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

MARÍLIA RODRIGUES DA SILVA

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E SUAS POSSIBILIDADES: um
relato de caso**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 03 de
dezembro de 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Aline Fernandes Alves
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 2: Prof. Me. Guilherme Bessa Ferreira Pereira
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho aos profissionais e estudiosos amantes da área de saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradecer a Deus, que me permitiu a realização de um grande sonho, e mais que isso, me deu forças e sabedoria para prosseguir, e colocou pessoas maravilhosas à minha volta para que pudessem me ajudar.

À minha família, em especial minha mãe, quem nunca desistiu de acreditar que eu venceria e que sempre me incentivou a não desistir.

Ao meu noivo, que foi quem mais presenciou minhas lutas, suportando meus estresses e enxugando minhas lágrimas, principalmente ao fazer este trabalho que vos apresento, sempre me consolando.

Agradeço também àquela que se tornou um exemplo em minha carreira acadêmica e profissional. Minha orientadora, Profa. Ma. Aline Fernandes, tenho muito a agradecer-lá, pelo lindo trabalho que me ajudou a desenvolver, tanto o TCC quanto o estágio de AT, por sempre estar disponível a ajudar, por entender o lado dos estudantes, mesmo que seja nos finais de semana.

À professora Dra. Luciana de Araújo, essa pessoinha maravilhosa que não cansava de falar “vai dar certo”, muito obrigada pela ajuda e pela paciência.

A vontade é impotente perante o que está para trás dela. Não poder destruir o tempo, nem a avidez transbordante do tempo, é a angústia mais solitária da vontade.

Friedrich Nietzsche

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E SUAS POSSIBILIDADES:
um estudo de caso**

THERAPEUTIC MONITORING (AT) AND THEIR POSSIBILITIES: a case study

Marília Rodrigues da Silva¹

Aline Fernandes Alves²

RESUMO

O presente trabalho se refere a um estudo de caso realizado sobre atendimentos que ocorreram sob a modalidade terapêutica do Acompanhamento Terapêutico (AT), os atendimentos foram realizados por uma das autoras durante o estágio profissionalizante em AT, ofertado pelo curso de Psicologia da Faculdade Patos de Minas. O caso a ser estudado se trata de um paciente que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, assim sendo, aspira-se que o estudo também contemple explicações sobre o AT na conduta terapêutica, especificamente, às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. O objetivo deste não é atingir resultados específicos, mas verificar dificuldades e potências existentes, além de acrescentar os conhecimentos sobre o AT. As análises perpassarão as particularidades dessa modalidade de intervenção terapêutica que tem como característica central o rompimento com o setting clínico tradicional, extrapola o campo físico do consultório e toma na radicalidade os preceitos da reforma psiquiátrica na busca constante de promoção de autonomia e respeito à singularidade dos sujeitos acompanhados. O método cartográfico, foi o recurso escolhido para tal exposição, visto que, este possibilita descrever a experiência vivenciada pela estagiária.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico. Caps AD. Redução de danos. Clínica ampliada.

ABSTRACT

This reading refers to a case study carried out on consultations that occurred under the therapeutic modality of Therapeutic Accompaniment (AT), the consultations were performed by one of the authors during the vocational training in OT. This project was offered by the Psychology course of FPM (Faculdade de Patos de Minas). The case studied was about a patient who makes harmful use of alcohol and other drugs. This study contemplates explanations about the TA in the therapeutic conduct specifically to people who make harmful use of psychoactive substances. The objective of this project was not to achieve specific results, but to check existing difficulties and powers besides adding knowledge about TA. The analyzes of this project covered the

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). mariliasilva22@ymail.com

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente e orientadora do Departamento de Graduação em Psicologia da FPM. alineferalves@gmail.com

particularities of the modality of therapeutic intervention. One of the most important characteristic is the rupture with the traditional clinical setting, extrapolates the physical field of the practice and takes in radicalism the precepts of the psychiatric reform in the constant search for promotion of autonomy as well as respect the singularity of the subjects followed. The cartographic method was the chosen resource for such exposure, since this allows to describe the experience and the knowledge acquired by the trainee.

Keywords: Therapeutic accompaniment. CAPS AD. Harm reduction. Expanded clinic.

1 INTRODUÇÃO

Barretto (1998) define a palavra 'acompanhar', como vinda do latim cum (comer) e panis (pão), significa 'comer do mesmo pão'. Acompanhar, comer do mesmo pão, compartilhar experiências, implica a construção de vínculos e vivências que acabam por superar o modelo tradicional científico de saúde e tratamento. Rompendo as barreiras do consultório, da neutralidade e da separação entre clínica e política, o Acompanhamento Terapêutico (AT), se abre à ideia de clínica ampliada, trabalhando junto ao território e às subjetividades em constante devir. Busca destituir o setting privado para construir a clínica no movimento, no acontecimento e na passagem. Acolher, sentir, compartilhar, andar, estar junto e entregar-se são palavras presentes no cotidiano em todo o processo.

Araújo (2006) defende que o acompanhamento terapêutico, através da circulação no próprio território, funciona como uma experiência de desvio, produção e criação, construindo o próprio circuito (ou o próprio território) no ato de circular. A rua também passa a ser um espaço clínico, visto que, o acompanhante parte do cotidiano e do território do acompanhado para fazer emergir seu potencial terapêutico.

Desta forma, o trabalho se desenvolve sob a égide de um outro conceito possível de subjetividade, que não mais se baseia em conceitos como profundidade ou interioridade, mas se liga à superfície e ao território para ser entendida como conexão-desconexão. Coloca-se ao lado da criação das superfícies, trabalhando no território, passando de um ponto a outro da superfície e se misturando com ela. Trocam-se os conceitos de interior e exterior para os de conexão e desconexão, tendo sempre em vista que as superfícies se movem, se modificam e se criam.

O acompanhamento terapêutico passa a ser entendido como uma clínica que não se separa do espaço que percorre, mas se dá justamente na circulação pelos territórios. A tradição psicológica nos mostra que a subjetividade sempre teve um

enfoque exclusivamente temporal e, se opondo a essa concepção, Araújo (2006) pretende formar, através do acompanhamento terapêutico, uma subjetividade capaz de abarcar também o aspecto territorial se compondo em processos espaço-temporais, chamados territórios existenciais.

O AT entende a rua como um espaço possível de intervenção e com um grande potencial terapêutico. E as intervenções não vêm somente do acompanhante e do acompanhado, mas de todos os lugares, tornando-se múltiplas e imprevistas. Faz-se, assim, uma clínica sem lugar pré-estabelecido, construindo-se através de passagens e saídas, sempre em relação com o território. Trata-se da busca constante de produção de subjetividades, territórios existenciais e os terapêuticos vão se construindo nas relações do acompanhante com o acompanhado, de ambos com os espaços pelos quais circulam, com as instituições e quantas mais relações forem passíveis de construção, compreendendo que este é o movimento de promoção de saúde mental.

O que se pretende nas intervenções do AT é a promoção de encontros. Araújo (2006) afirma que elas se baseiam na política da amizade. Amizade, aqui, entendida enquanto a possibilidade de acolhimento da diferença, por mais complexo que isso seja, cambaleando na corda bamba da liberdade e o risco. As origens do AT remontam ao trabalho com psicóticos, todavia, tal modalidade terapêutica não se restringe a um tipo específico de demanda, esta clínica com usuários de drogas tem se mostrado muito potente, principalmente enquanto estratégias de inclusão nos serviços de saúde.

É preciso ressaltar que a modalidade do acompanhamento terapêutico, enquanto possibilidade clínica, não se coloca sujeita às práticas e concepções tradicionais da psicologia. Dessa forma, é preciso pensar em embasamentos teóricos próprios para o acompanhamento terapêutico, deixando de fundar-se na estrutura, objetivos e teorias construídas em um setting fechado. Muito se tem evoluído na produção desta teoria própria ao AT, mas é preciso avançar nesta questão. Desta forma, estudos como esse, se mostram de suma importância, para análise e produção de conhecimento a partir da prática do AT e parecem ser um caminho coerente na construção teórica necessária para tal modalidade que se respalda na supremacia da experiência.

Sendo assim, o presente estudo se construiu na apresentação, análise e possíveis aproximações teóricas de um caso, ao qual foi prestado atendimento no

estágio em AT ofertado pelo curso de psicologia da Faculdade Patos de Minas. O paciente em questão, fora indicado para o acompanhamento pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), no qual ele também está inserido em acompanhamento. Todavia, é importante destacar que, em respeito à toda proposta clínica do AT, já aqui apresentada, apesar de buscar alinhamentos e aproximações com o CAPS, as ações do AT não estão presas ao CAPS, nem enquanto espaço privilegiado de intervenções, tampouco enquanto submissão aos projetos terapêuticos pensados por esta instituição.

As análises foram realizadas com base na literatura disponível tanto sobre AT quanto com relação a reforma psiquiátrica e as políticas de redução de danos. Não é objetivo deste estudo atingir resultados que possam ser generalizados, mas sim, a ampliação mais sistematizada dos conhecimentos sobre o AT, suas potências e limites, bem como abordar a posição do terapeuta que se propõe a realizar atendimentos como AT.

2 A REDUÇÃO DE DANOS E O CAPSAD

A ampliação da clínica para além de seu campo instituído em direção às alianças com a solidariedade e o engajamento político contra as desigualdades e exclusões constitui-se um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores da saúde mental.

Os profissionais de saúde e da saúde mental sofrem cronicamente de uma formação profissional balizada por dicotomias historicamente construídas e ideologicamente alimentadas. O resultado é a definição de objetos de estudo formatados por binômios como: saúde-doença, indivíduo-sociedade, saúde individual-saúde coletiva, desconsiderando-se sua coexistência e suas múltiplas determinações históricas e políticas.

Quando se segue essa lógica das binarizações e dicotomias maniqueístas, perde-se de vista a riqueza dos atravessamentos e ressonâncias possíveis entre as singularidades dos casos atendidos na clínica e os recortes das análises coletivas. Submergi-se a transversalidade possível da criação de saberes e práticas em saúde em um jogo de forças entre o público e o privado, o individual e o coletivo que se constituem mutuamente, o que possibilitaria a criação de saberes e práticas em saúde, a partir da lógica da transversalidade (Brasil, 2004).

Desconstruir essa dicotomia reducionista é talvez o maior desafio que se apresenta. Nesse sentido, todas as iniciativas de educação permanente em saúde, que possam funcionar como ampliação dessas reflexões e produções, serão bem vindas. Torna-se necessário vislumbrar o funcionamento do quadrilátero que integra ensino-atenção-gestão-controle social e para traçarmos caminhos que produzam 'tecnologias leves', terminologia dada por Merhy (1994), para o que designamos como escuta, interação e olhar acolhedores nos atos de cuidado.

Concomitante à tarefa destrutiva destas lógicas binárias, nossa tarefa construtiva é produzir uma pedagogia e uma clínica que acontecem em cenários de práticas profissionais, concebidos como campo de investigação e aprendizagem recíproca, se dando através de processos interativos entre trabalhadores, docentes, discentes e usuários do SUS, com vistas às ações que transformem a realidade.

A defesa de uma política integral de atenção à saúde de usuários de álcool, crack e outras drogas, implica em ampliar a atenção para além da lógica binária e reducionista que simplesmente associa drogas a comportamentos delinquentes e que enfatiza somente as ações terapêuticas pautadas pelo princípio da abstinência e contenção. Tal ideologia, não dá a devida importância às ações de prevenção, e diminui as suas práticas à redução da demanda e da oferta de drogas, desqualificando de forma preconceituosa as ações de redução de danos.

Nesse contexto, é fundamental dizer que a Redução de Danos dimensiona politicamente a clínica ampliada, fortalecendo seu compromisso ético com a afirmação da vida, criando as condições que possibilite o exercício de uma prática clínica como campo de experimentação de novas formas de viver e estabelecer relações sociais.

O tratamento proposto pela via da Redução de Danos reconhece o usuário na sua singularidade. Tenta traçar, com ele, estratégias de cuidado em relação a sua vida, a partir do que ele considera ser possível e importante a cada momento do processo. Uma das estratégias essenciais (assim como no Acompanhamento Terapêutico) é a busca ativa e o trabalho em campo, tornando acessível aos usuários de drogas o seu direito aos cuidados em saúde. O foco deixa de ser a abstinência para tornar-se a construção de uma estética da própria existência, a problematização dos cuidados consigo e a capacidade de governar a si mesmo, alcançando maiores gradientes de liberdade e autonomia.

O profissional que trabalha sob a lógica da redução de danos aborda o cidadão enfatizando seu direito de participação em todos os níveis de produção do cuidado,

desde a elaboração de seu projeto terapêutico passando pela avaliação dos dispositivos de tratamento até a sua instalação. Ele coloca 'entre parênteses' a questão da droga e tenta criar condições para que o usuário possa 'parar para pensar', sobre a sua existência, a importância ou não de seus vínculos sociais, seus conflitos, anseios, sonhos, seu projeto de vida ou de morte, sua implicação ou não com o tratamento e seu modo singular de viver a vida no cotidiano. O profissional, antes de tudo, vai sempre se colocar a favor da vida, respeitando a singularidade de cada caso, numa atitude de abertura e acolhimento (Lancetti, 2006; Petuco & Medeiros, 2010).

O CAPSad entra, nesse contexto, como um serviço que compõe uma rede de atenção em substituição ao tratamento exclusivamente hospitalar, visando principalmente a reinserção social. Oferecendo recursos como: atendimento psicológico, médico e social, oficinas terapêuticas e atenção familiar, o CAPSad, muitas vezes, funciona como a porta de entrada do usuário de álcool e drogas (constantemente em condições de vulnerabilidade) no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2004).

Enfim, acredita-se que são possíveis outras formas de promover a saúde mental, cuidar e prevenir o sofrimento psíquico grave, particularmente nos casos de abuso e dependência do álcool e de outras drogas. Tenta-se assim, escapar da visão hegemônica de tratamento que infelizmente concebe a internação (in)voluntária como única via de tratamento, justificada pela necessidade de abstinência total, motivada por posturas moralistas que veem o usuário de drogas como pecador e/ou criminoso, e/ou doente, desconsiderando que se trata de um cidadão.

3 CLÍNICA AMPLIADA

De acordo com Araújo e Xavier (2014) a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Organização das Nações Unidas (ONU), definiu o conceito de saúde como o bem-estar físico, social e mental, neste sentido, o Ministério da Saúde, criou a clínica ampliada, a fim de cuidar do indivíduo, enxergando muito além do que se vê, cuidar do todo sem particularidades. Ele afirma que, a clínica ampliada procura o parecer de cada aspecto desse processo de saúde-doença para melhor resolver as necessidades reais, sem beneficiar nenhum conhecimento, mas compartilhando diagnósticos e terapêuticas. Devido a essa ampliação do alvo de trabalho, nasce a proposta de Equipes de Referência e Apoio Matricial, mais que isso, é imprescindível

habilidades que possibilitem uma clínica compartilhada, e para que os profissionais obtenham êxito neste projeto se torna necessário a neutralidade e a não individualização dos mesmos (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde defende que neste ambiente, no qual, muitas vezes, existe trocas de afetos e amizades, o profissional deve estar atento para escutar e acolher a demanda do usuário que profere suas queixas, mas nem sempre são as reais, então, deve-se ter muita atenção no que ele está expressando, e que as correspondências afetivas não venham a atrapalhar o contexto. Acredita-se também que não rotular o paciente, respeitar suas crenças e conversar sempre, são os maiores aliados da clínica ampliada, pois na falta destes o fracasso é garantido. Tanto o usuário como o profissional, na maioria das vezes, já sabe do diagnóstico, sendo assim, é desnecessário diálogo em torno deste assunto, embora seja essencial a conversação, além de respeitar o espaço e a forma dele de viver. Entende-se que essa forma de fazer clínica se alinha ao que o AT preconiza e privilegia em sua proposta interventiva (Brasil, 2009).

4 METODOLOGIA

Conforme já mencionado, o presente artigo se refere ao estudo de um caso, o qual vem sendo atendido pelo estágio de Acompanhamento Terapêutico (AT), no curso de psicologia da Faculdade Patos de Minas. Os atendimentos iniciaram-se em março de 2017 e serão encerrados em dezembro de 2018. Todavia, a metodologia do relato e estudo do caso não está vinculada ao encerramento ou definição de período de atendimentos, uma vez que não se aspira avaliar resultados específicos das intervenções, mas sim analisar potências e dificuldades vivenciadas durante os atendimentos nessa modalidade de intervenção terapêutica.

A abordagem metodológica escolhida, consiste no método cartográfico, tal qual proposto por Passos, Kastrup e Escóssia (2015), que compreendem que toda pesquisa é interventiva, que a neutralidade do pesquisador é utópica e que a pesquisa, então, se dá no campo da experiência. Sendo assim: “A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação.” (p. 18).

A proposta deste estudo é relatar um caso em acolhimento, buscando estabelecer análises da proposta de atendimento em si, deflagrando as dificuldades e potências do AT. Também é objetivo relatar os processos percorridos pelo paciente e estagiária na busca de enfrentamentos e ações possíveis frente ao sofrimento vivenciado, e por fim, estabelecer aproximações teóricas tanto com a bibliografia específica do AT quanto com os documentos oficiais sobre a política de Redução de Danos, enquanto estratégia para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Serão utilizadas vinhetas dos relatórios de atendimentos produzidos pela estagiária, anotações da supervisora, realizadas durante a supervisão, bem como as memórias experienciais de ambas, fazendo valer o registro afetivo e análise do mesmo no exercício do papel de AT.

Diante do supramencionado, compreende-se que a cartografia se mostra como metodologia coerente com os objetivos do estudo, uma vez que se busca relatar o saber construído junto com o paciente em questão, tal como a metodologia se propõe: “O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber.” (Passos et al., 2015, p. 19).

O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa desenvolvida no CEPPACE do DPGPSI/FPM, intitulado como: Relatos de Casos & Relatos de Experiências da psicologia, aprovado pelo Comitê de Ética e 06 de julho de 2018, sob o parecer número 2.758.999.

5 ESTUDO DO CASO

O primeiro contato com o acompanhado foi no CAPS, mesmo porque, foi esta a instituição que o indicou ao AT, nesse momento foi apresentada a queixa de que ele precisava de alguém que o acompanhasse ao banco para receber, no momento, o meu pensamento foi de que aquilo era tão simples, afinal sempre tem alguém para ajudar àqueles que tem dificuldade, mas, enquanto estudante, foi feita a acolhida a demanda oferecida, pois apesar de aquilo não parecer ser nada, para ele poderia ser tudo, havia um motivo para esse pedido do CAPS, houve o acolhimento, porém aquilo não se tornou o foco principal, já que a essência do AT não é ter uma tarefa específica,

mas sim, a abertura para as inúmeras possibilidades que poderam surgir no decorrer dos encontros.

O sentimento ao vê-lo pela primeira vez foi de 'pena', vi um homem forte, mas o seu olhar expressava muita fraqueza, com muita dificuldade na fala além dos passos lentos, e conforme a conversa fluía, sentia o coração muito apertado ao ver o quanto o abuso de álcool parecia deteriorar o corpo e as relações daquele homem, também sentia que por trás do álcool haveria algo muito doloroso na vida dele, quanto mais ele falava, mais o coração doía, e ali, inundada por dúvidas e fortes sentimentos, começava a experimentação prática na psicologia.

Henrico, é assim que vamos chamá-lo, mais conhecido pelo nome carinhoso e abreviado Riquin, um homem de 41 anos, aparentemente descuidado, mas de fisionomia forte, solteiro. Filho de mãe falecida, está que ele viu morrer, tem um irmão mais novo, o qual não tem contato. Atlético de coração, torcedor fiel do URT, apaixonado por rock, mais especificamente Guns N' Roses. Atualmente, mora na casa de uma tia, que falecerá há pouco mais de um ano, local no qual morou grande parte da sua vida, divide o mesmo lote que o primo, mas quase não se veem.

Riquin tem uma história de vida muito sofrida, ele foi criado só pela mãe, que era uma prostituta, seu pai era um possível cliente da mãe, Henrico já teve contato com o pai, há muitos anos atrás, mas não se interessa nem em saber dele. Viveu uma infância muito triste, morou muito tempo em um bordel. Ele era uma criança que adorava brincar, apesar de que a mãe quase não o deixava sair de casa, por ser em um bordel, mas quando brincava era de futebol e carrinhos, não gostava de estudar, sonhava em ser jogador de futebol, e como toda criança fazia suas artes. Essa infância foi muito traumática prova disso, é que quando ele fala, se emociona muito, e não foi fácil descobrir tudo isso, Riquin tinha muita dificuldade em falar dele e principalmente do passado, ele é um homem de poucas palavras, de raros desejos, mas de inúmeras cicatrizes, no corpo e na alma, foram se quase um ano de acompanhamento para que pudesse conhecer suas verdadeiras raízes.

Há princípio ele relata que viveu uma juventude muito boa, que aproveitou muito a vida, pois ele adorava estar no meio do 'frevo' e sempre estava, era rodado de amigos e sempre fez uso de bebida alcoólica, detestava briga, e é assim até hoje, gostava mesmo era das farras. Ele enfatiza que aprendeu a beber muito cedo, quando criança ainda, pois via a mãe beber muito. Henrico conta que já fez uso de todos os tipos de drogas ilícitas que existem, mas atualmente só faz uso de álcool e remédios,

ele relata que teve poucos empregos na vida, trabalhou como servente de pedreiro e ajudante de gesso, mas não gosta de trabalhar mesmo, hoje ele recebe um benefício do governo e vive disso, afinal já não consegue trabalhar mesmo.

Segundo o que ele diz teve muitas namoradas, era um garanhão na época, aproveitou bastante, e pouco depois da morte da mãe se casou com uma mulher, está viveu um bom tempo com Henrico, mas não suportando sua bebedeira, acabou indo embora e só deixando lembranças para o mesmo, mas antes de ir direcionou-o para o CAPS, para se tratar. E até hoje, essa mulher invade os pensamentos de Riquin, que sente muita saudade da mesma, porém não quer procurá-la, pois acha que se ela estiver sozinha, ela quem tem que procurá-lo, Henrico fala disso sorrindo e com um semblante feliz, de bons tempos que se passaram. Mas, foram poucas as fases boas na vida de Henrico, a perda da tia foi fatal para ele, ela ocupava o papel de mãe, cuidava muito bem dele e na falta dela, veio o desespero, de como seria o futuro, a partir disso podemos dizer que além do sofrimento, nosso acompanhado começa a viver uma profunda solidão.

O corpo de Henrico parece cartografar toda a história de sofrimento, hoje pode-se ver as marcas das automutilações nos braços, com tocos de cigarro, e de alguém que já tentou suicídio por duas vezes. As condições clínicas, aquelas que não são visíveis a olho nú, também são muito críticas, não tenho informações precisas do estado de seus pulmões, mas imagino que não estejam bem, também o fígado, e não existem mais os dois rins, em decorrência de um tumor, um deles foi perdido, mas ninguém sabe explicar ao certo suas reais condições de saúde. Mãos e pernas trêmulas são muito evidentes a todo momento, estas se tornaram as respostas das feridas sendo 'tratadas' com o uso abusivo álcool associado ao coquetel de remédios que tentam amenizar a dor. O semblante triste e a energia negativa de alguém que apresenta um desejo de morte muito intenso, era o ápice da impotência. E do outro lado, a supervisora lembrando que a palavra chave para este atendimento era persistência.

E este era o lema para cada atendimento, persistência, é muito difícil estar perto de alguém que busca sempre sobreviver, e com uma dependência, que deixava-me abismada, na verdade demorou para compreender que isso realmente eram rastros que a sujeição química deixava, por um bom tempo acreditei que fosse 'folga', preguiça e todo encontro era aquele mesmo capítulo. Sem contar que, Henrico não respondia a nada, lembro que cheguei na casa dele um dia e estava muito quente,

então o abordei com uma proposta simples, que era ir na rua de cima para tomar um refrigerante gelado para nos refrescarmos, e meu convite foi negado, assim como inúmeros outros, fui entendendo que o AT neste caso, era em casa mesmo, com muita dificuldade conseguíamos ir ao menos ver a rua. Ali, dentro, tentava propor algumas organizações do ambiente, mas Riquin não estava disposto a ajudar, a sensação era de que ele não estava se importando muito com aquilo que fazia.

Os encontros sempre perpassaram ao objetivo principal de estar junto, estar ali, caindo e levantando, ficando em hospitalidade no CAPS e louco para ir embora para casa, chegando nela e repetindo todo o processo, acompanhando as reproduções por alguns meses o sentimento de impotência parecia inevitável, e enquanto em mim transbordavam sentimentos, o acompanhado parecia estar no mundo desafetado, parecia nada sentir, e então, ali é que residia todo o sofrimento, o grito de socorro daquele, que em meio a tanto sofrimento, parece não mais permitir-se sofrer.

A arte nos ajuda a dizer o inominável e, durante uma supervisão, conseguimos ouvir esse grito de socorro na canção do Nando Reis: "...socorro, alguém me dê alguma coisa eu já não sinto nada, alguém me dê um coração, que esse já não bate e nem apanha, por favor uma emoção pequena, qualquer coisa, qualquer coisa que se sinta ...". E então fez todo sentido, que eu, enquanto AT, nesse momento emprestasse os meus sentimentos para a partilha, esses que como já foi dito, transbordavam.

E assim aconteceu, conversei com Riquin e contei o quanto estava difícil sustentar sozinha os encontros, o quanto sentimento de impotência tinha, e às vezes, percebia um vazio de sentidos nos encontros, e nas poucas palavras que ele encontrava, ele começou a dizer como era bom as visitas em sua casa, e que na verdade eu era a única que ainda não tinha desistido dele. Foi difícil conter a emoção nesse momento, muita coisa mudou, houve troca de afetos, meu coração ficou bem apertado e comecei a pensar como iria ser quando eu me formasse, será se iria ter alguém para continuar meu trabalho?

"A angústia compartilhada com o outro torna-se suportável e humanizada" (Barretto, 1998, p. 116), na trajetória desse acompanhamento foi-se descobrindo formas de estar junto. O mesmo autor entende o holding como uma das funções do Acompanhamento Terapêutico. Baseando-se em Winnicott, o autor define que a função de holding é "tudo que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de

uma continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica. ” (Barretto, 1998, p. 60). A maior parte dos atendimentos aconteceram na casa do acompanhado, exercendo uma função de escuta e acolhimento, embora em algumas ocasiões essa cena se repetisse também no CAPS, em momentos de hospitalidade. Encontrando e compartilhando, permanecendo e perseverando, foi-se produzindo sentidos, mas Riquim permanecia sempre muito solitário, na sua dificuldade de partilhar e demonstrar afetos, sempre foi uma constante preocupação da AT o término dos encontros e o estado de abandono que poderia se reinstalar.

Frente a essa problemática, sempre compôs aos projetos do AT a tentativa de aproximação e articulação com o CAPS, afinal, apesar de estar inserido em tratamento nessa instituição, percebe-se que Riquim era pouco visto pela equipe. Foram muitas as vezes em que fui conversar com os médicos, os enfermeiros, a técnica referência dele, tentando cumprir a função de ponte entre o paciente e a instituição, todavia, fomos percebendo que também cumpríamos a função de representar/testemunhar a existência do paciente.

Essas intervenções sempre foram muito difíceis, sempre saía do CAPS muito triste e angustiada, frente a percepção de negligência que o paciente era tratado na instituição, fomos compreendendo o quanto os profissionais evitam a aproximação com a angústia que reside em relacionar-se com Riquim, um paciente que segundo alguns ‘já está cumprindo hora extra’, uma vez que seu estado de saúde é muito grave e o prognóstico desanimador. As condutas necessárias e solicitadas, como exames e consultas médicas, eram recebidas com desdém, sempre me senti pedindo ajuda em um projeto fracassado. Ocupar esse lugar de quem solicita a instituição a não desistência do paciente, a continuar prestando os cuidados necessários independentemente da abstinência, nunca foi tarefa fácil, e então, fomos percebendo que nas intervenções, também com o CAPS, o nosso lugar era de insistir e persistir, nessa posição experimentei a profunda solidão que Riquim vivencia todos os dias.

Entendemos que o AT deve sempre ocupar esse lugar construir pontes e auxiliar na ampliação da rede de suporte afetiva do acompanhado, desta forma a busca por outros meios para ajudá-lo foi grande, encontramos outra tia, porém ela ficou pouco tempo próxima, e logo se mudou para outro bairro distante, se excluindo do nosso círculo. Fizemos uma reunião com o posto de saúde, lugar que fomos muito bem recebidos, nossa proposta de cuidado muito bem aceita, no objetivo de que outros dispositivos de saúde também pudessem se (co)responsabilizar pelo caso,

todavia na execução das ações programadas sempre encontramos muitos entraves, a aparente falta de desejo ou implicação por parte dos profissionais e da família.

Essa estória de solidão recebe um elemento extraordinário quando um amigo do acompanhado passa a morar com ele, os encontros nesse momento ganham mais movimento, um novo interlocutor e uma nova AT que então começam a fazer dupla comigo no estágio. Fomos percebendo alguns sentimentos sendo despertados, ciúmes, competição e algumas atividades foram possíveis, um novo Henrico se mostra durante os atendimentos, apesar do flerte com a morte e uso intenso de álcool permanecer.

Em meio a muitas idas e vindas, o primo, dono da casa que ele mora resolve vender a casa, e agora? A preocupação foi muita, mas procurar uma casa para ele era uma tarefa quase impossível. Henrico só procurava casa no CAPS, e na verdade poucos funcionários sabiam que ele estava naquela situação, diante disso ele bebia muito, perdia noites de sono, fumava muito, mas sua procura por casas era muito pouca. Aquilo me irritava muito, ele não queria casas muito longe, e sempre esperava um amigo que estava olhando uma casa para ele e nunca saía com nada. Em uma explosão de angústia com a situação disse ao meu acompanhado: - *“Mas você não vai atrás, como vai conseguir?”* e me assustei com a resposta: - *“Eu não consigo ir (falou cansado já)”*. Nesse dia refleti mais uma vez, de como é necessário fazer o movimento de olhar para os desafios com os olhos do outro, ações aparentemente muito fáceis são na realidade muito difíceis, é preciso reconhecer isso para que a ajuda seja ofertada nos campos verdadeiramente necessários.

Mas a vida também faz seus movimentos, uma nova casa foi encontrada, ali começara uma outra história, uma vida nova, em uma casa melhor, rodeada de pessoas novas, amigos para compartilhar momentos e uma Dona Maria, a mãezona de todos, aquela que alimenta e cuida das roupas de quem vive naquele lugar. Minha esperança se tornou grande naquele lugar, me sinto aliviada ao saber que agora, formando, e deixando meu paciente, ele terá pelo menos em um lugar bom, aconchegante e com uma família.

Em meio a muitas idas e vindas, angústias e impotências, acompanhando todos esses processos com disponibilidade para os encontros, foi possível ir conhecendo outro Henrico, quando escolhi esse nome fictício o desejo era apenas que de um nome em que fosse possível um diminutivo carinhoso, tal qual ocorre na verdade, todavia, revivendo toda a experiência, agora com a escrita de meu trabalho, penso que o nome

remete à riqueza que foi este encontro, ele foi o meu primeiro paciente na graduação em psicologia, com o qual posso dizer que de fato me encontrei e desenvolvi muitos afetos, principalmente conhecendo seus sofrimentos. Tivemos um convívio muito bom e posso dizer com toda convicção que os encontros foram de troca, saio dessa experiência verdadeiramente enriquecida. Sofri, estressei, fiquei muito angustiada, chorei algumas vezes, mas hoje, me sinto bem, não sei como será a vida dele de agora em diante, mas sei que entre tantas marcas de sofrimento que ele já possui, essa experiência deixará uma de grande relevância, quando digo que logo iremos nos despedir, sem pensar ele responde: - *“Que pena, eu não gosto de despedidas”*. Eu também não.

6 CONCLUSÃO

Ao relatar as vivências do difícil trabalho de acompanhamento terapêutico no caso acima, tenta-se afirmar a possibilidade de uma política de cuidado, pautados nos preceitos da redução de danos e da cidadania, enquanto direitos humanos para construir uma prática clínica que se faz potente em edificar saúde e subjetividade. Mas, não uma saúde e subjetividade pronta e acabada, impostas por um agente externo, e sim uma saúde que se compromete com os encontros com a vida, a liberdade e a autonomia, e uma subjetividade conectada com o território, que, assim como ela, se modifica, se move e se cria.

A combinação de redução de danos e acompanhamento terapêutico vem diretamente ao encontro da clínica ampliada ao afirmar a vida, valorizando não mais um padrão comportamental a ser seguido e disseminado pela ciência tradicional, mas uma gama de possibilidades de modos de ser, de territórios existenciais e de relações humanas.

O que realmente importa não é um único modelo de saúde, possível de ser seguido por uma específica parcela dos cidadãos, mas a construção da existência e do cuidado de si, objetivando a liberdade e a autonomia daqueles que, mesmo por diversos motivos, não aderem aos serviços de saúde.

Novos direitos relacionais e novas políticas passam a erigir a clínica de uma nova potência, permitindo que terapeuta e paciente, como pessoas reais, possam compartilhar experiências para fazer funcionar o devir e colocar a subjetividade (e a própria clínica) em movimento.

Acreditando-se, assim, na potência dos encontros, da afirmação da vida e da promoção de saúde, vê-se como perfeitamente possível a construção de um novo jeito, de novos sujeitos e de uma nova clínica. Pois, a utopia, como nos ensina Araújo (2006), não é de caráter ideal como se costuma pensar, mas se inscreve por um lugar ainda não dado, um lugar a se constituir como novo, possível de ser inventado.

REFERÊNCIAS

- Araújo, F. (2006). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ: Autor.
- Araújo, J. S., & Xavier, M. P. (2014). O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. *Revista saúde em foco*, 1(1), 137-149.
- Barretto, K. D. (1998). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Don Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília, DF: Autor.
- Lancetti, A. (2006). Conversa com Domiciano Siqueira sobre Redução de Danos. In: A. Lancetti. *Clínica Peripatética*. (pp.24-39). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: L. C. O. Cecílio. (Org.), *Inventando a mudança na saúde*. (pp.117-160). São Paulo: Hucitec.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs) (2015). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulina.

Petuco, D. R. S., & Medeiros, R. G. (2010). Saúde mental, álcool e outras drogas. (p. 85). *Resumos da Conferencia Nacional de Saúde Mental - Intersetorial*. 4, (p.85). Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**Autor Orientando:**

Nome completo: Marília Rodrigues da Silva

Endereço: Rua Cerradinho, 45 Bairro: Aleixo Araújo

CEP: 38750-000, Presidente Olegário-MG

Telefone de contato: 034 999797802 034 992835126

Email: mariliasilva22@ymail.com

Autor Orientador:

Nome completo: Aline Fernandes Alves

Endereço: Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1200

Bairro: Cidade Nova, Bloco 3B

CEP: 38706-002, Patos de Minas-MG

Telefone de contato: 034 3818-2300

Email: alineferalves@gmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

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.

Patos de Minas, 03 de dezembro de 2018

.

Marília Rodrigues da Silva

Aline Fernandes Alves



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC N°. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME N°. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE



Gabinete do Coordenador de Graduação
 Documento de Ordem, s/n, DPGPSI/FPM

Patos de Minas, 23 de outubro de 2018.

Aos Cuidados
 Pesquisador Responsável – Marília Rodrigues da Silva
 Pesquisador Participante – Aline Fernandes Alves
 C/C.: Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas

Assunto: DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE E OUTROS ASSUNTOS SE FAZEM.

O Coordenador do Departamento de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, DECLARA para os devidos fins, que os pesquisadores acima supracitados, autores do estudo, "O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E SUAS POSSIBILIDADES: um estudo de caso", faz parte da produção resultante do Projeto de Pesquisa RELATOS DE CASOS & RELATOS DE EXPERIÊNCIA: a prática desenvolvida no CEPPACE do DPGPSI/FPM. Submetido a apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas, CAEE: 92972318.0.0000.8078, tendo como instituição proponente a ASSOCIACAO EDUCACIONAL DE PATOS DE MINAS – AEFPM mantenedora da FACULDADE PATOS DE MINAS, sob parecer de aprovação número: 2.758.999, de 06 de julho de 2018.

Colocando-o ao seu dispor para qualquer informação suplementar, firmando muito atentamente,


 Professor Mestre Gilmair Antoniano Junior
 Coordenador de Graduação
 Departamento de Graduação em Psicologia
 Faculdade Patos de Minas