



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**RAYZZA OLIVEIRA GONÇALVES**

**A INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS COM UMA USUÁRIA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO AGUDO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA  
2023**

**RAYZZA OLIVEIRA GONÇALVES**

**A INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS COM UMA USUÁRIA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO AGUDO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Bacharelado em Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito para a obtenção do título de graduada em Psicologia, no semestre letivo 2023.1.

**Orientador:** Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rafael Coelho Rodrigues.

**SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA  
OUTUBRO DE 2023**

## Rayzza Oliveira Gonçalves

### A intensificação de cuidados com uma usuária em sofrimento psíquico agudo: um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como requisito final para obtenção do grau de Bacharela em Psicologia.

Aprovado em: 25 / 10 / 2023.

#### BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente  
RAFAEL COELHO RODRIGUES  
Data: 20/11/2023 20:41:29-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof Drº. Rafael Coelho Rodrigues – ORIENTADOR**

**Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**



Documento assinado digitalmente  
ADRIANA LOURENCO LOPES  
Data: 16/11/2023 17:44:03-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Drª Adriana Lourenco Lopes – Avaliador(a) 1**

**Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**

DocuSigned by:  
*Valeria Rodrigues Ferreira*  
333900DBCE46415...

---

**Valéria Rodrigues Ferreira – Avaliador(a) 2**

**Psicóloga - UFRB**

**SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA**

**OUTUBRO DE 2023**

***Dedico este trabalho a Deus, a minha mãe, meu irmão, meu amado e toda a minha família e amigos, que sempre me apoiaram à sua forma. Aos meus professores que me deram suporte, me auxiliaram em tempos tão difíceis e a mim, por ter atravessado essa tempestade.***

## RESUMO

O presente trabalho busca relatar a experiência da intensificação de cuidado no acompanhamento de uma usuária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que era acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para pensar novas formas de cuidado com base na Reforma Psiquiátrica brasileira e foi feita por estagiárias de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Utilizou-se o diário de campo como ferramenta para produção de dados, aliado as visitas domiciliares e o acompanhamento terapêutico como estratégias de cuidado a usuária e a sua família no território em que estão inseridos. O caso acompanhado é considerado de alto risco, visto que, sempre que a usuária entra em intensificação de sofrimento, ela se auto lesiona ou tenta suicídio, o que é enfatizado pelo diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline. Foi notável que ao articular diferentes serviços e estratégias de cuidado, alcançou-se resultados positivos como o favorecimento da vinculação com as estagiárias, a abertura para solicitação de ajuda quando necessário da família, além de não haver tentativas de suicídio durante o acompanhamento. Entretanto, entende-se que é necessário que se construa caso a caso a estratégia de intensificação de cuidado, em conjunto com e para a pessoa a quem se endereça a intensificação de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Intensificação de cuidado, CAPS, vínculo, suicídio.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. METODOLOGIA .....	11
3. O CASO .....	12
4. DISCUSSÃO .....	15
5. CONCLUSÃO .....	22
6. REFERÊNCIAS .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve uma mudança na forma de se fazer e pensar a saúde no Brasil, principalmente após a promulgação da Constituição Federal brasileira e, a partir dela, a criação, instauração, ampliação e manutenção do Sistema Único de Saúde - o SUS - que tem como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade (Brasil, 1988).

O que, ainda atualmente, se entende por saúde é o que está posto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que, apesar de ser revolucionária à época e de grande importância para a criação do nosso SUS, atualmente está ultrapassada e incentiva ainda um modelo biologicista ao dizer que a saúde é “um perfeito bem estar físico, mental e social” (OMS, 1946), além de ser completamente utópico quando pensamos na inalcançabilidade desse perfeito bem estar (Segre e Ferraz, 1997), principalmente ao falarmos em Saúde Mental. No presente texto nos baseamos no conceito de Segre e Ferraz (1997) quando dizem que “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p.542). Para que haja saúde é preciso pensar, então, além do biológico e também se falar de social.

Um ponto importante dessa história é, certamente, a luta da Reforma Psiquiátrica brasileira, esta que teve início em meados da década de 70, do século XX, sendo até hoje considerada um ato de revolução na forma de cuidar, pensar e ver as pessoas em sofrimento psíquico, estas que foram institucionalizadas em manicômios e que, na verdade, ainda hoje sofrem as consequências do preconceito voltadas a elas Este movimento surgiu a partir da luta contra as diferentes violências a essas pessoas e buscou, como um de seus pilares, a criação de direitos para esse grupo de pessoas (Onocko-Campos, 2019), além de prezar pelo cuidado em liberdade e em comunidade (Pitta e Guljor, 2019).

Durante os anos 2000 houveram importantes avanços nas políticas públicas voltadas a saúde mental, a exemplo da promulgação da Lei 10.216/2001, esta que versa justamente sobre os direitos dos usuários no campo da saúde mental, posteriormente sendo de grande valia para a construção da Política Nacional de Saúde Mental, que criou e expandiu os serviços comunitários, estes que passaram a receber mais financiamento, pela primeira vez na história, do que os manicômios (Onocko-Campos, 2019), levando-os gradualmente a perderem força e serem

fechados - com muito esforço -, graças aos empenhos das pessoas que fizeram e fazem a Reforma Psiquiátrica brasileira acontecer (Pitta e Guljor, 2019).

Os serviços comunitários citados acima, são os chamados serviços substitutivos, visto que deveriam substituir os manicômios e a lógica manicomial e funcionar a partir da égide da atenção psicossocial e territorial, a exemplo dos chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III (Onocko-Campos, 2019), estes que foram amplamente investidos a partir de 2006, mas que sofreram, assim como outras áreas, com os ataques à saúde nos últimos anos, principalmente, entre 2016 e 2022 (Pitta e Guljor, 2019).

Os serviços substitutivos, então, precisaram começar a pensar em estratégias que pudessem substituir a centralidade da intervenção hospitalocêntrica, através dos hospitais manicomiais, e inventar uma série de dispositivos clínicos que conseguissem proporcionar o cuidado em liberdade, principalmente em casos com histórico de internações de longa permanência e sofrimento psíquico grave. Partindo dessa necessidade surge o Programa de Cuidados Intensivos a Pacientes Psicóticos, um projeto criado por Marcus Vinícius de Oliveira Silva, baiano, psicólogo e doutor em Saúde Coletiva.

O programa, assim como o idealizador, nasceu na Bahia, em 2004, mais especificamente em Salvador, a partir da parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA), o curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e o Hospital Especializado Mario Leal (HEML) (Silva, 2007; Silva, Costa e Neves, 2010) e preconiza a Intensificação de Cuidado como sua principal ferramenta, onde

compreende-se um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade (Silva, 2007, p. 40)

O programa busca como nova estratégia a Intensificação de cuidados, através de visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos, buscando movimentar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Silva, 2007). A estratégia de intensificação de cuidado, então, preconiza o cuidado em liberdade e no território de vida das pessoas ao mesmo tempo em que garante a esse sujeito possibilidades de ser e estar no mundo, munido de seus direitos enquanto cidadãos.

Sendo assim, o presente trabalho objetiva analisar a experiência de intensificação de cuidados a casos agudos de sofrimento psíquico, a partir de um estágio no curso de Psicologia, buscando contribuir com a Reforma Psiquiátrica brasileira e seu lema de cuidado em liberdade e no território de vida das pessoas.

## 2. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo enquadra-se em uma perspectiva qualitativa, constituindo-se em um relato de experiência a partir de um estágio ocorrido durante dois semestres letivos, tendo início em fevereiro de 2023 e terminando em outubro de 2023.

O estágio supervisionado específico, como é chamado, foi realizado através da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e faz parte do itinerário do curso de Psicologia. A proposta deste estágio, em específico, visa acompanhar usuárias/os adscritos no CAPS II, sendo este

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004, p.13).

O estágio tem como objetivo realizar a Clínica da/na Atenção Psicossocial, buscando contribuir com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a construção de indicadores de que essa clínica pode ser resolutive, contribuindo para a diminuição da centralidade do medicamento na vida do sujeito e, quem sabe, a diminuição na prescrição de psicofármacos do caso acompanhado, utilizando para isso a Intensificação de Cuidado como referência no nosso fazer e pensar.

Além disso, o estágio procura promover uma repercussão do caso no serviço em que está inserido – e em outros –, isto é, que seja discutido e seja possível prosseguir no processo de produção de subjetividade do sujeito, ou seja, que o trabalho seja realizado sem julgamento moral, através da intensificação de cuidado, do vínculo - que por si só tende a ser terapêutico - e da articulação entre UFRB, CAPS II e outros serviços da RAPS, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), por

exemplo. Esse acompanhamento narrado e analisado neste relato de experiência aconteceu em dupla e acompanhou a usuária Ana<sup>1</sup>, de agosto a outubro de 2023.

Nesse estágio, a ferramenta utilizada para a produção de dados sobre a experiência foi o diário de campo, visto que ele nos possibilitou a compilação de informações e impressões, além dos sentimentos e pensamentos da estagiária, do que ocorrer a cada encontro e que “transformam-se posteriormente, em materiais densos com possibilidade de escrita fecunda e rica em detalhes” (Teixeira, Pacífico e Barros, 2023, p. 1680), contribuindo para que informações que poderiam se perder no caminho estejam ali descritas.

O diário é, em suma, um “[...] relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia, pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo.” (Bogdan; Biklen, 1994, p. 150 apud Teixeira, Pacífico e Barros, 2023, p.1682).

### **3. O CASO**

A escolha do caso a ser acompanhado no estágio considera alguns elementos, sendo eles: 1) a continuidade do acompanhamento com o/a usuário/a, atendido pelo grupo de estágio anterior, caso seja necessário, por conta do quadro de sofrimento psíquico desse sujeito; 2) a gravidade do caso, isto é, se a(o) usuária(o) está em sofrimento agudo e persistente; 3) as dificuldades do CAPS II para lidar com o caso, quando se esgotam as estratégias clínicas adotadas pelo serviço. Nesse sentido, o estágio tem se constituído como uma das linhas que movimentam essa rede psicossocial de cuidados. Neste relato, o caso em específico foi escolhido pelos dois últimos fatores apresentados.

Quando começamos o estágio, a usuária da RAPS já era acompanhada pelo CAPS II. À época com 25 anos, Ana é uma mulher albina com baixa visão ocasionada pelo albinismo e que faz uso de óculos de grau em função dessa condição, mas que ainda não recebia nenhum benefício. Foi moradora da zona rural durante grande parte de sua vida, mas atualmente reside em um município do

---

<sup>1</sup> O nome é fictício para salvaguardar o sigilo sobre o caso.

Recôncavo da Bahia em casa própria pertencente a sua avó. Nessa casa vivem sua avó, seu irmão mais velho e sua mãe. Além dessa rede de apoio, Ana ainda conta com a ajuda de sua tia, que reveza com sua mãe em seus cuidados e é uma das pessoas de referência na vida dela. Ana faz acompanhamento no CAPS desde quando tentou suicídio pela primeira vez, sendo considerada um caso de alto risco, pois frequentemente entra em intensificação do sofrimento e, neste momento tenta alguma forma de auto lesão, inclusive as tentativas de suicídios.

Tivemos acesso a Ana já na etapa final do estágio, a pedido da gestão do CAPS. Fomos ao serviço para uma reunião com essa equipe para conhecermos o caso e aproveitamos para olhar o prontuário dela para mais detalhes. Atualmente Ana tem como diagnóstico CID 10: F31.2 (Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos) associado ao F60.3 (Transtorno de Personalidade Borderline com instabilidade emocional) e depressão crônica grave recorrente. Como tratamento medicamentoso faz uso de Fluoxetina 20mg (80mg/Dia), Quetiapina 200mg (800mg/Dia), Neozine 10mg <sup>1</sup>/<sub>2</sub>/Noite), Rivotril 2mg (4mg/Noite), Topiramato 50mg (100mg/Dia), Lurasidona 40mg e Cetamina de 15 em 15 dias.

Durante encontro com a profissional de referência de Ana, fomos apresentadas a esse caso, onde segundo, houveram mais de 30 tentativas de suicídio, uma delas, inclusive, ocorreu dentro do próprio serviço. Por conta disso, ela só poderia ir ao CAPS caso acompanhada de algum familiar, segundo orientação da equipe. Em uma dessas tentativas, Ana fez uso de 70 comprimidos, o que ocasionou longa permanência no CTI e perda da sensibilidade do pé esquerdo, o que, associado a situação financeira da família, dificultou ainda mais a ida dela ao serviço.

Em sua infância, Ana relata ter passado por diversas situações de violência física, verbal e psicológica, realizadas inclusive por sua mãe, e que só cessaram quando recorreu ao Conselho Tutelar. A mãe de Ana é apontada por ela como um dos principais fatores que a fazem entrar nesse estado de sofrimento agudo, sobretudo por conta das brigas frequentes entre elas e, por conta do seu diagnóstico de Borderline, levavam Ana a agir impulsivamente e se auto lesionar de alguma forma.

Além disso, Ana nos contou que, por muitos anos, sofreu abuso sexual de um parente durante anos, mas que cessaram com sua mudança de cidade e relata, ainda, que foi molestada por um conhecido da família aos 12 anos, com quem atualmente mantêm um relacionamento amoroso, mas que à época fez com que ela sentisse que era impura e que tocar nela seria uma sentença de morte, e, segundo

ela, essa sensação durou bastante tempo, mas que já não se sente assim. Relatou também sensação de vazio e de não pertencimento, relacionado a essas situações e que acabavam culminando em auto lesões e, posteriormente, em sucessivas e recorrentes tentativas de suicídio.

Em dados trazidos por Barbosa, Souza e Freitas (2015) “um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 20% das mulheres e 10% dos homens sofreram algum tipo de violência sexual na infância” (p. 273). Ainda no mesmo texto, das autoras supracitadas, elas trazem dados de Guimarães et al. (2009 apud Barbosa, Souza e Freitas, 2015) de uma investigação realizada no Brasil com 2.475 pessoas com transtornos mentais que apontou que 18,6% destas sofreram violência sexual, mostrando que não raramente essas pessoas sofrem esse tipo de violência e, ainda segundo as autoras, isto pode vir a desencadear, entre outras coisas, tentativas de suicídio ou algum tipo de transtorno como de ansiedade ou alimentar.

Sua primeira tentativa de suicídio ocorreu após a saída do ensino médio, quando ela tentou fazer o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), pois tinha como sonho ingressar no curso de Psicologia, mas por conta da grande ansiedade relatada e relacionada a esse momento e, segundo prontuário, dificuldade de aprendizagem após frequentar curso pré-vestibular, ela não conseguiu fazer a prova, o que lhe provocou, segundo Ana, sensação de incapacidade e insatisfação com a vida. Isso, atrelado às discussões com a mãe, que perduraram mesmo após o cessar da violência física, a levaram ao primeiro evento psicótico e tentativa de suicídio.

Após esse episódio ela foi internada no hospital geral, e entrou, no que chamaremos aqui, em carreira psiquiátrica. A carreira psiquiátrica, para Silva (2007), é o processo após o primeiro evento psicótico aonde ocorrem frequentes internações e uso constante de medicações para lidar com os sintomas do diagnóstico do usuário. Ana é um caso considerado de alto risco, com pouca possibilidade no que fazer, segundo a equipe do CAPS, já que as crises se tornaram cada vez mais frequentes, a equipe chegou até mesmo a receber um aviso da polícia e do SAMU de que não iriam mais socorrê-la.

#### 4. DISCUSSÃO

O conceito de saúde trazido no início do texto é importante para nos situar onde o cuidado deve ser priorizado e que diversos autores como Yasui, Luzio e Amarante (2018) e Sundfeld (2010) respaldam: o território. Segundo Sundfeld (2010) o território traz em si um conceito fundamental, apesar de amplo e fluido, pois “não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada; trata-se de um espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, relações de pertencimento” (p.1082), já que a Clínica da Atenção Psicossocial preocupa-se em estar nesse território e ser feita “onde o sujeito vive e habita, em seu domicílio e com sua comunidade: sua família e seus conhecidos, os sócios com os quais ele compartilha sua vida social” (Silva, 2007, p.12).

A ideia era que os atendimentos ocorressem nesse território, em que Ana está inserida, através de visitas domiciliares (VD), pois acreditamos que o território é parte do que constitui o sujeito, é onde ele é, onde vive e com quem vive (Sundfeld, 2010), por isso os encontros eram realizados, de preferência, na residência da usuária. Além disso, utilizamos as VD como uma forma de nos aproximarmos de Ana e da família dela, personagens centrais em sua vida.

A VD foi uma ferramenta fundamental desse processo, já que através dela nós, as(os) estagiárias(os), pudemos ofertar “um atendimento de extrema qualidade [... além de possibilitar...] conhecer a dinâmica familiar, estreitar o vínculo terapêutico e qualificar a intervenção” (Cunha, 2003 apud Cunha, 2004 p. 182), pois essa “atividade almeja uma avaliação das necessidades do paciente, de seus familiares e do ambiente adscrito em que vivem. Assim, visa estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação” (Silva, 2007, p. 130).

Entretanto, caso Ana fosse ao CAPS nós nos disponibilizávamos para acompanhá-la ao serviço, exercendo o papel de acompanhante terapêutico (AT), pois acreditamos ser uma outra estratégia importante para os possíveis desdobramentos desse caso. O AT é “um dispositivo de funcionamento em rede e de produção de redes” (Vasconcelos, Machado e Filho, 2013) e vem de uma perspectiva onde é possível fazer uma clínica viva, inclusive para fora do CAPS, no território, mas que pode ser ligada a esse e outros serviços de saúde, “que busca

estar ao lado do seu acompanhante sem lhe imprimir formas de conduta” (Silva, 2007, p. 128).

Nesse sentido, combinamos que os atendimentos aconteceriam duas vezes por semana, como uma forma de intensificar o cuidado, pois concordamos com o pensamento de Silva (2007), de que intensificar o cuidado é oferecer, como o próprio nome diz, uma intensificação na atenção desse sujeito, intensificação da nossa presença, visando a melhora da qualidade de vida desse sujeito. No caso de Ana, encontramos uma mulher com relações frágeis - inclusive familiares - ou quase inexistente e que frequentemente entrava em sofrimento psíquico agudo e tentava suicídio, a partir disso vimos que não só era possível - pensando na ideia do estágio e da proposta da intensificação de cuidado - como era necessário que houvesse a criação de estratégias diversas de intensificação de cuidado.

A partir do primeiro encontro, da análise do prontuário e da própria descrição da história de vida da paciente, pensamos em formas de intensificar esse cuidado. Alinhamos a intensificação ao desejo da usuária, isto é, ao que ela queria para ela e para aquele momento da vida dela, ao mesmo tempo em que queríamos que ela se comprometesse com o tratamento, o que inclui o uso das medicações e adesão ao CAPS e as oficinas ofertadas por ele, e também de responsabilizar e implicar a equipe multiprofissional do CAPS.

Iniciamos o caso de Ana tendo em mente estratégias que propiciassem o vínculo, este sendo parte crucial desse processo (Silva, 2007), visto que é no vínculo que a nossa relação se dá e é parte da proposta construir uma rede de cuidado que seja ancorada nele. Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o vínculo

consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012, p. 21).

Apesar de ser um caso considerado grave, Ana abriu-se conosco, o que permitiu que a vinculação ocorresse, mesmo que a pequenos passos. Ela é bem comunicativa, apesar de no primeiro encontro ela não conseguir conversar muito bem conosco, pois estava medicada, entretanto, no encontro seguinte ela já falava mais e conseguimos estabelecer uma conversa melhor, com mais abertura para a formação do vínculo, então aproveitamos desse momento para conhecê-la um pouco melhor, para além do que os profissionais e o prontuário diziam.

Ana nos conta sua história sem hesitação e de forma detalhada, fazendo linhas temporais, as vezes sorrindo e as vezes não esboçando nenhuma reação, enquanto apenas escutávamos atentas, oferecendo o consolo da nossa presença. Ela relata ser muito solitária, já que para além da família, conversa apenas com o namorado, que é bem mais velho. Ela não possui círculos de amizade fora dessas relações supracitadas, o que piorou após perder a sensibilidade do pé esquerdo, pois com sua mobilidade comprometida, “bater perna” na rua, que Ana relatou ser uma de suas principais atividades, ficou para trás. Silva (2007) traz à tona a solidão do sujeito em sofrimento psíquico grave, da carência de vínculos vivenciada por eles, pois sua própria existência causa estranhamento ao outro e ao se deparar com esse estranhamento do outro, volta a esse lugar de ser o *estranho*.

Por conta dessa solidão que o lugar de estranheza traz, Ana compartilhou conosco sobre sua dificuldade em solicitar ajuda, nos diz que sente que incomoda os outros, algo que está presente de forma consistente em seu relato. Pensando nessas questões trabalhamos elas como parte da vinculação, buscando construir a confiança necessária conosco ao mesmo tempo em que procurávamos alguém nas relações dela em quem sentisse confiança também. A partir disso, já de início criamos um grupo no WhatsApp onde pudéssemos nos comunicar livremente, monitorar e saber como ela estava, confirmar o horário do atendimento, fortalecer esse vínculo. Percebemos que com o tempo ela foi sentindo-se mais confortável de conversar conosco não apenas no presencial, mas no grupo também, deixando de lado um pouco dessa ideia de que incomoda as pessoas ao seu redor. Foi uma ferramenta cara, também, para que pudéssemos ampliar o cuidado.

O uso de grupos de WhatsApp como forma de apoio a usuários da RAPS se alastrou durante a pandemia e continuou após o fim da pandemia. A resposta ao uso dos grupos foi positiva, à medida que incentivavam a autonomia e protagonismo dos usuários, já que dentro do grupo os usuários se organizavam e ajudavam uns aos outros, se apropriavam dessa ferramenta (Cruz et al., 2020). Os grupos no WhatsApp podem contribuir “(...) como um espaço de fortalecimento das relações de apoio, reduzindo sentimento de solidão e fomentando a identificação e o manejo precoces das situações e/ ou comportamentos que possam sugerir nova crise (...)” (Cruz et al., 2020, p. 99).

Apesar de conseguirmos criar essa relação entre nós, Ana ainda mostrava-se muito resistente em contar sobre seu sofrimento e as ideias suicidas para a família nos momentos de maior sofrimento psíquico, pois, segundo ela, não queria incomodar e nem queria que a colocassem no lugar de estar “louca”, mas ainda assim tentávamos buscar nas relações dela alguém para além de nós, estagiárias, que pudesse estar com ela, o que algumas vezes era bem sucedido, vide as vezes em que falava para a tia ou para o namorado como estava se sentindo e da vez que ela falou até mesmo com sua mãe e avó sobre o que estava passando, pessoas com as quais ela tem uma maior resistência de abordar esses pensamentos.

Após sucessivas tentativas de suicídio que acarretaram em diversas internações em leitos hospitalares, Ana mencionou ter sido vítima de violência, dessa vez da própria equipe de saúde. Ela dividiu conosco que em uma dessas vezes em que esteve no hospital, ouviu de um dos profissionais que ela fracassou nisso e que da próxima vez deveria tomar mais comprimidos. Uma outra vez, ao ingerir uma pilha, recebeu apelidos da equipe de saúde, que deveria estar provendo cuidado, mas a chamavam de “radioativa”. Vidal e Gontijo (2013) em sua pesquisa acerca das tentativas de suicídio e serviços de emergência nos relata que frente a pacientes que tentaram suicídio “a tendência da maioria dos profissionais é (...) apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição [...e que...] esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves” (Vidal e Gontijo, 2013, p. 109).

Ou seja, essa é uma situação que não se resume apenas a esse caso, são violências vividas dentro dos serviços e que estão, de certa forma, normalizadas. Tavares (2007) chama atenção para os processos de iatrogenia, que “consiste num dano, material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico” (Tavares, 2007, p. 180) e que, segundo o autor supracitado, são favorecidas pelo modelo biomédico, más condições de trabalho, entre outros motivos. É necessário que haja um treinamento da equipe de saúde para um melhor manejo desses pacientes.

Atualmente o Ministério da Saúde possui o Manual de Prevenção ao Suicídio que é voltado aos profissionais de saúde e nele contém importantes diretrizes que devem ser seguidas para uma melhor prática profissional no cuidado aos pacientes e família nesse momento delicado, tais quais o apoio emocional, encaminhamento e medidas

de prevenção discutidas com amigos e familiares, entre outras possibilidades (Ministério da Saúde, 2006), entretanto na prática acaba não acontecendo.

Há, também, a Lei nº 10.216/01 que trouxe importantes contribuições para a luta antimanicomial ao assegurar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, além de regulamentar o cuidado dessas pessoas em relação as internações, que deve ser o último recurso terapêutico a ser explorado, mas, caso se faça necessário, fica a cargo dos hospitais gerais a responsabilidade de assistência a esses/essas usuários/as (Santos, 2015). Entretanto, na contra mão da criação desses direitos e da humanização dos serviços, “a Política Nacional de Atenção às Urgências ainda aponta a crise psiquiátrica como objeto de intervenção da polícia” (Bonfada e Guimarães, 2012), mostrando que há ainda um longo caminho para a humanização dos serviço voltados a pessoa em sofrimento psíquico, visto que a polícia, em sua extensa maioria, não está apta ao acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Apesar do tratamento medicamentoso, a vida de Ana parecia estagnada quando iniciamos nossa jornada, o que é um forte indicativo de que apenas essa forma de tratamento não é suficiente para a melhora na vida da(o) usuária(o). Há ainda uma priorização no que diz respeito a prescrição e dispensação de medicamentos, a exemplo da Ritalina, (Caliman, Passos e Machado, 2016), em crianças em idade escolar, o que não é surpresa visto que a grande indústria farmacêutica continua a investir na propaganda, incentivando o uso e venda desse tipo de medicação, focando no tratamento dos sintomas e, ao enfatizar a “normalidade”, isto é, o silenciamento do que perturba a ordem, abafam os efeitos colaterais com a promessa de uma cura ou, caso não seja possível, de abrir porta para outras terapêuticas, como a psicoterapia (Caponi, 2020).

Ana compartilhou que, por conta das medicações e do seu pé, que a fazia passar muito tempo em cima da cama, ganhou peso e que isso mexeu com sua autoestima. Entretanto, pouco antes de começarmos nossos encontros, ela iniciou um tratamento para recuperar a mobilidade do pé com fisioterapia, que ocorriam na policlínica regional. Mesmo relatando gostar muito de ir e fazer a fisioterapia, ela ainda assim faltava bastante, as vezes por se sentir indisposta e as vezes por não ter quem a acompanhasse. Buscamos frequentemente incentiva-la a ir para a fisioterapia. Inclusive chegávamos até mesmo a auxilia-la no exercício com o pé, recomendado pela fisioterapeuta para que ela fizesse em casa, por acreditarmos que a volta da mobilidade do pé seria um fator positivo tanto para a autoestima, quanto

para sua autonomia e também para contribuir com o emagrecimento que ela tanto almejava.

As vezes ia ao CAPS para o dia da oficina de confecção de bijuterias, uma das estratégias que compõem esses serviços, a partir das quais se busca contribuir para o aumento da autonomia das(dos) usuárias(os) através da iniciativa de geração de trabalho e renda como instituído na portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011). Esse era um momento em que a usuária dizia sentir-se bem, pois gostava de fazer as bijuterias e aproveitava para desfrutar estar em um lugar diferente da sua casa. Vale ressaltar que Ana poderia, em função da complexidade do seu caso, comparecer ao CAPS II todos os dias da semana, mas, por entender a situação financeira dela, a profissional de referência do caso sugeriu que ela comparecesse uma ou duas vezes na semana.

Durante nossos atendimentos em sua residência, diversas vezes tivemos que lidar com situações que chegavam até nós, como a presença da mãe, que por vezes causava o silêncio de Ana ou gerava um conflito que, com a nossa presença e conversa, tentávamos mediar. Nesses momentos era necessário acolher Ana e, ao mesmo tempo, tentar também acolher essa mãe que visivelmente também sofria. Não raramente recebíamos mensagens de Ana no grupo de WhatsApp em desespero, muitas vezes chorando, com ideações suicidas e até mesmo planos concretos, após discussões com essa mãe – como da vez que nos relatou querer tomar remédios até que seu coração parasse de bater. Nessas ocasiões, buscamos manejar a situação de forma online e nos disponibilizamos para ir à casa dela no dia seguinte e só nos despedíamos dela pelo telefone após ela nos confirmar que ela estava melhor.

Durante o acompanhamento com Ana tínhamos como objetivo intensificar cuidados psicossociais no intuito de diminuir seu processo de sofrimento, dando voz e ouvindo-a, mostrando outras possibilidades e buscando o que ela gosta de fazer, o que a mobiliza e, por consequência, a fazia querer estar viva, colocando tais questões como norte do nosso acompanhamento. Nos valem de algumas ideias de Franco e Gavalote (2010), principalmente a do conceito de corpo sem órgãos, desenvolvido por Deleuze e Guattari (1996 apud Franco e Gavalote, 2010), a partir de Artaut, que busca apreender uma ampliação da noção de corpo para além do corpo físico e que é “povoado por intensidades” (Franco e Gavalote, 2010, p. 8), desejos, sentimentos, afetos, onde pudemos a partir disso trabalhar significações e

novas formas de existir. Ao conhecermos as vontades e desejos de Ana, o que ela quer para si, encontramos muitos sonhos esquecidos, desesperança e desamparo.

Nessa perspectiva, pensando na questão da autoestima de Ana, investigamos estratégias que corroborassem com o que ela sentia. A partir daí, propusemos a caminhada como uma ferramenta não apenas de perda de peso, mas, principalmente, de promoção de saúde física e mental. Mesmo que poucas vezes tenhamos conseguido fazer a caminhada, devido a questões climáticas, obtivemos feedbacks positivos vindos de Ana, como, por exemplo, a melhora no sono. Segundo estudos feitos durante a pandemia de COVID-19, a prática de exercícios está diretamente ligada a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade (Waclawovsky, Santos e Schuch, 2021;23), enquanto outro estudo aponta que a falta de atividade física pode agravar esses sintomas (Branco, Jansen, Wiener, Porto e Silva, 2012). Durante essa caminhada podíamos também observar como Ana era no ambiente fora de casa, com as pessoas da sua comunidade, pensando na ideia da construção do vínculo coletivo (Silva, 2007).

Para além disso, como emagrecer era uma meta da usuária, propusemos a procura da nutricionista da equipe do NASF, para que pudesse auxiliá-la melhor nesse processo, pois ela já havia iniciado uso de inibidores de apetite, vitaminas e jejum intermitente por conta própria. Usar os serviços de saúde ofertados é um direito da usuária previsto na Lei nº 10.216/01 e pode vir a ser benéfico na criação de relações, inclusive com o seu território, sem contar que esse interesse em si foi um grande indicador de que Ana queria viver e, como relatou durante a nossa jornada, não pensava mais em suicídio – apesar dos momentos em que estava mais mobilizada, ela voltar a ter ideação suicida, sendo essa instabilidade um dos sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline.

Para além disso, em busca de contribuir com o aumento de sua autoestima, auxiliamos em algumas atividades, por exemplo, a pintura de suas unhas e arrumação do cabelo com trança, pois eram atividades que sozinha ela não conseguia fazer e, em vários momentos, nos relatou que ninguém de sua família a auxiliava nesses cuidados com o próprio corpo, o que a afastava ainda mais da família por não querer ser um incômodo. Para nós foi de suma importância a ocorrência desses momentos, pois entendemos essa prática como mais uma forma de contribuir na produção de subjetividade e de saúde, já que é no desejo e na produção desse desejo (Franco e Gavalote, 2010) que a própria Ana se produz -

enquanto possibilidade de ser, isto é, produzindo desejo e sendo movida por ele, inclusive produzindo vontade de viver.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A reforma Psiquiátrica não busca apenas o fechamento dos manicômios, mas a inserção desses sujeitos na sociedade ao mesmo tempo em que garante a eles e elas formas de estar nesses lugares, como o cuidado em rede, isto é, articulando os diferentes tipos de dispositivos, a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o olhar para o indivíduo para além da doença (Yasui, Luzio e Amarantes, 2018), mas sem invalidar o sofrimento que lhes é causado, apresentando novas possibilidades de ser e estar no mundo.

No caso de Ana nós tentamos articular diferentes serviços e estratégias, o que demonstrou resultados positivos como o favorecimento da vinculação conosco e com a comunidade, a abertura de Ana para pedir ajuda quando necessário, o fato de não haver tentativas de suicídio nesse período, o que consideramos que pode ter ocorrido também em virtude da prática realizada de intensificação de cuidado. A própria Ana nos disse que o acompanhamento lhe ajudou a suportar os momentos mais difíceis que teve no período do acompanhamento. Além disso, percebemos uma preocupação com sua estética, o que pode sugerir uma via que vai na contramão da desistência de viver que se apresentava antes de começarmos essa jornada.

Além disso, buscamos contribuir com uma percepção sobre a saúde integral de Ana, ao insistirmos que ela se esforçasse nos exercícios para que o pé voltasse a ter sensibilidade, o que acabou funcionando, já que agora ela relatou sentir um pouco da sensibilidade voltar ao pé, além de intensificar as idas à fisioterapia, uma articulação com a UBS a qual está adscrita e o acesso a outros serviços, como a marcação de exames e a busca pela nutricionista da equipe do NASF.

Consideramos que a intensificação de cuidado pode ser uma estratégia importante no cuidado a pessoas em sofrimento psíquico intenso, porém, sempre sendo construída com cada pessoa atendida, caso a caso, não tendo um protocolo ou sendo uma prática já pronta a ser reproduzida. O investimento na relação, no

cuidado e no vínculo é uma necessidade vital no cuidado em saúde mental, trazendo resultados palpáveis e potentes, focando seu cuidado não apenas no biológico, na medicação ou na doença, mas nas relações e produções de desejos e de vida.

## 6. REFERÊNCIAS

- BARBOSA J. A. G., DE SOUZA M. C. M. R., FREITAS M. I. F.; **Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):273–8. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/273-278>>
- BASAGLIA, F. (Org.). **A Instituição da violência.** In: A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BRANCO JC, JANSEN K, WIENER M, PORTO M, SILVA R. **Prevalência de inatividade física e fatores associados ao transtorno de humor em adultos jovens.** R. bras. Ci. e Mov 2012;20(4):60-68.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial.** [Brasília]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial [da] União.* Brasília, DF, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- CALIMAN, L.V.; PASSOS, E.; MACHADO, A.M. **A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum.** IN: Kastrup, V.; Machado, A.M. (org.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação.* Curitiba/PR: Ed. CRV, 2016.
- CAPONI, S. **A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença.** Política & Sociedade, Vol. 19, Nº 46, 2020.
- Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho>>.
- CRUZ, N. M. L. V.; SOUZA, E. B.; SAMPAIO, C. S. F.; SANTOS, A. J. M.; CHAVES, S. V.; HORA, R. N.; SOUZA, R. C.; SANTOS, J. E. (2020). **Apoio psicossocial em**

- tempos de COVID-19:** experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. APS em Revista, 2(2). Disponível em: <<https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/94/58>>
- CUNHA, G.T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** Campinas: Hucitec, 2010.
- ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990:** do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. **Em Busca da Clínica dos Afetos**, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. "Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde". Hucitec, São Paulo, 2010.
- MENDES, Á., (2013). **A longa batalha pelo financiamento do SUS.** Saúde e Sociedade, 22(4),987-990. ISSN: 0104-1290. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263667002>>
- MENDES, N. A.; MARQUES, R. M. **Os (des)caminhos do financiamento do SUS.** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>
- NORONHA, J. C., E CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 323-363. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>>
- Pitta, A. M. F., & Guljor, A. P. (2019). **A VIOLÊNCIA DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM ATAQUE À DEMOCRACIA EM TEMPOS DE LUTA PELOS DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA SOCIAL.** *Cadernos Do CEAS: Revista crítica De Humanidades*, (246), 6–14. <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>.
- SANTOS, D. S. DOS. **Comunidades terapêuticas em Santo Antônio de Jesus - BA.** 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, Cruz das Almas, 2015.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 538–542, out. 1997.
- SILVA, M.V. O. In-tensa. Ex-tensa / Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia, **PIC - Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos.** Ano I, n. I (2007) - Salvador, BA: UFBA, FFCH, 2007.
- SUNDFELD, A.C. **Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação:** relato de uma experiência. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.
- TAVARES, F. DE M. **Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 2, p. 180–185, maio 2007.
- TEIXEIRA, É. J. P., PACÍFICO, J. M., & BARROS, J. A. (2023). **O diário de campo como instrumento na pesquisa científica:** contribuições e orientações. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 15(2), 1678–1705. <https://doi.org/10.55905/cuadv15n2-035>.
- VASCONCELOS, M. DE F. F. DE.; MACHADO, D. DE O.; FILHO, M. M. **Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica:** questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. Psicologia & Sociedade, v. 25, n. spe2, p. 95–107, 2013.
- VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: **a percepção de quem tenta.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p.

108–114, abr. 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/?format=pdf&lang=pt>>

WACLAWOVSKY A. J., SANTOS E. B., SCHUCH F. B. **Atividade física e saúde mental durante a pandemia da COVID-19**: uma revisão rápida de estudos epidemiológicos brasileiros. Rev. bras. psicoter. 2021;23(1):143-155. Disponível em: <[http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=369](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=369)>