



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

KAROLINE OLIVEIRA SOUZA

**A EFETIVIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Santo Antônio de Jesus-BA

2022

KAROLINE OLIVEIRA SOUZA

**A EFETIVIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho apresentado como requisito final para conclusão do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, a fim de obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Orientador: Prof^o. Dr. Rafael Coelho Rodrigues

Santo Antônio de Jesus-BA

2022

KAROLINE OLIVEIRA SOUZA

**A efetividade do cuidado em saúde mental: uma experiência a partir da clínica da
atenção psicossocial**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a banca de defesa como obtenção do título de Bacharela em Psicologia, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 15 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof.º Dr. Rafael Coelho Rodrigues
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof.ª Me. Prof. Me. Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

**A efetividade do cuidado em saúde mental:
uma experiência a partir da clínica da atenção psicossocial**

The effectiveness of mental health care:

An experience from the clinic of psychosocial care

Resumo

Este trabalho objetiva verificar a efetividade da clínica pautada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, em tempos de contrarreforma, através do relato da experiência de um estágio em saúde mental em um curso de Psicologia. Para isso, foram utilizados como instrumento os diários de campo desenvolvidos ao longo dos atendimentos com um usuário do CAPS II de um município do Recôncavo Baiano. A partir disso, quatro elementos da clínica psicossocial ganharam destaque na experiência da autora: o *setting* terapêutico, o manejo clínico ou o deixar-se guiar, participação familiar e articulação com os serviços da RAPS. Tais elementos, apesar de apresentarem desafios para a prática clínica, possibilitaram ações de cuidado no território, sendo direcionadas pelo próprio usuário, incluindo as particularidades de sua história e sua dinâmica de vida. Verificou-se que a clínica da atenção psicossocial se constitui como uma perspectiva de cuidado efetivo que preconiza os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo ao instigar o resgate da autonomia dos usuários, a expressão das subjetividades, a ampliação e a corresponsabilização do cuidado, a fim de assegurar uma assistência integral ao sujeito.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; clínica da atenção psicossocial.

Abstract

This labor aims to verify the clinical effectiveness lined by the principles of psychiatric reform, by the time of counter-reformation, through an experience report of an internship in mental health at a Psychology course. For this labor, the field journal developed over the treatment of a user of CAPS II of a county of Recôncavo Baiano was used as an instrument. From that, four elements of psychosocial clinic have gained emphasis in the experience of the authoress: the therapeutic setting, the clinical management or the “let yourself be guided”, family participation and articulation between the services of RAPS. Those elements, although introducing challenges for the clinical practice, made possible care actions in the territory, being directed by the own user, including the particularity of their history and life’s dynamic. It was verified that the psychosocial care clinic is constituted as a perspective of effective care that recommend the principles of brazilian psychiatric reform, mainly by instigating the restore of users autonomy, the expression of subjectivities, the enlargement and co-responsibility of care, to ensure a full assistance to the subject.

Keywords: mental health; psychiatric reform; psychosocial care clinical.

INTRODUÇÃO

A concepção da loucura possui seu cerne no imaginário social e cultural, concretizando-se no que Foucault (2000) chama de uma experiência antropológica de diferenciação, que produz um olhar para o louco como um estranho cabível de exclusão. Em decorrência disso, no início da história da loucura, a mesma era associada a um estado de desrazão no qual o indivíduo era tido como incapaz de pensar e reconhecer o mundo e a si mesmo. (CORBANEZI, 2015).

Sendo assim, os loucos foram condicionados a um processo de internamento por uma prerrogativa inicial de reformulação moral, sobretudo quando analisada pela ética da ociosidade. No século XVII, tal prática era considerada de responsabilidade sociojurídica em que, por meio do controle, objetivava julgar e condenar as condutas de acordo com a expectativa social. Até então, os hospitais gerais eram desprovidos da presença recorrente da figura médica e revestiam-se de um papel de assistência e cuidado populacional. (CORBANEZI, 2015; AMARANTE, 2007).

Mediante a um processo de reorganização da lógica hospitalar no final do século XVIII na Europa, a medicina torna-se exclusivamente responsável pela regência do local. A partir disso, adota-se a disciplina como técnica para o exercício de poder no escopo do seu funcionamento, o que faz com que os hospitais sejam permeados por uma vigilância constante e pela adoção da medicalização a fim de medir, julgar, atingir a individualização e promover a cura aos indivíduos (FOUCAULT, 1984).

Essa mudança de cenário é um marco fundamental para a história da loucura, uma vez que a mesma passa a ser considerada como doença, logo, um objeto técnico e tratável. Arelado a isso, o louco passa a ser visto como um perigo social pois, compreende-se que, ao estar imerso num estado de alienação, não consegue discernir o erro da realidade, sendo cabível de ações que podem ameaçar a proteção de si mesmo e/ou do outro. A figura de periculosidade, a qual a figura da loucura é atrelada, vai inaugurar o processo de institucionalização, já que o espaço hospitalar passa a ser considerado como o único local propício para promover o cuidado desses indivíduos (AMARANTE, 2007; AMARANTE e TORRE, 2018; ROCHA, 2017).

Assim, os obscuros manicômios são construídos e adotam o isolamento como um de seus fundamentos com a justificativa terapêutica de gerar conhecimento, tratamento e proteção social. Logo, em nome do cuidado, as práticas manicomiais apresentam como um de seus pilares a relação tutelar para com o louco, facilitando a ocorrência de iatrogenias, segregações e sobreposição de punição e tratamento, fazendo dos hospitais psiquiátricos um equipamento dizimador da subjetividade e da dignidade humana. (AMARANTE, 2007; ROCHA, 2017).

No que tange ao Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos surgem como colônias no final do século XIX na cidade do Rio de Janeiro, posteriormente espalhando-se para outras regiões do país. Geralmente construídos afastados do centro urbano, os manicômios brasileiros espelhavam-se na lógica de funcionamento europeia, reproduzindo diversas violências de forma indiscriminada, tanto para aqueles que possuíam algum tipo de transtorno mental ou até mesmo para pessoas que desviavam-se das normas sociais e eram consideradas aptas a estarem nesses espaços (AMARANTE, 2007).

As consequências desencadeadas por essa realidade foi um cenário extremamente devastador uma vez que esses manicômios foram constituídos de equipes autorizadas a realizarem sessões de eletroconvulsoterapia, lobotomia, camisa de força, coletas de sangue sem consentimento, distribuição de alimentos racionados, exploração da mão de obra dos internos, e uma série de outras violências que perduram até hoje. Além disso, aos que desafiavam as normas hospitalares, castigos como prisão em celas, substituição da água pela urina e mergulho em banheira de fezes, eram distribuídos, submetendo-os à uma série de violências físicas, morais, psicológicas e sexuais (ARBEX, 2013).

Todo esse cenário colaborou para a reprodução de barbáries e desigualdades com inúmeras vidas, sendo essas, em sua maioria, negros e pobres. Baseado nisso, Raquel Passos (2018) pontua a importância de racializar a análise sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, percebendo que a maioria dos corpos trancafiados eram negros, para, assim, reconhecer a naturalização e funcionalidade desta violência institucional. A partir desse cenário analisado, essa autora percebe que os manicômios no Brasil assemelham-se muito mais aos navios negreiros do que ao holocausto, como pontuado por Franco Basaglia em uma de suas visitas ao Brasil na década de 80 do século XX.

Na segunda metade do século XX, diante do quadro inóspito que se perdurava nos manicômios, percebeu-se que o mesmo não colaborava com a promoção da cura dos indivíduos, gerando perda de potencial humano. A ciência psiquiátrica, influenciada por

um interesse biopolítico, reconhece então a necessidade de também atuar de forma preventiva e realiza a eleição de um novo objeto de estudo: a saúde mental, visando intensificar o aprimoramento e a potencialização da vida, atribuindo ao indivíduo uma responsabilização por si e pelo seu desenvolvimento social (CORBANEZI, 2015).

Diante disso, o estabelecimento do cuidado em saúde mental permitiu com que se perdurasse o poderio da figura médica num cenário de disciplina e controle dos corpos, realizando uma objetificação do sujeito (AMARANTE, 2007). Para Basaglia (1985), essa manutenção do poder é facilmente mantida devido ao processo de institucionalização da saúde mental, uma vez que o âmago do funcionamento das instituições é o exercício da exclusão e da violência mediante as hierarquias estabelecidas no interior das mesmas.

Inquietações acerca dessa realidade começaram a tomar forma no final da década de 70 no continente europeu e foram consolidadas pelo movimento da reforma psiquiátrica (RP) que constitui-se como um marcador histórico de uma nova perspectiva para os cuidados em saúde mental. Dessa forma, a RP propõe uma desconstrução da lógica manicomial, desinstitucionalizando e reinserindo socialmente os sujeitos, permitindo um resgate de sua autonomia e cidadania (AMARANTE, 2007).

A lógica antimanicomial defende também a construção de um cuidado que permite a expressão da subjetividade, colocando a doença entre parênteses, não para negá-la, mas para compreendê-la a partir da experiência do próprio sujeito. A partir disso, preocupa-se em acessar o sofrimento humano articulando-o com as dimensões da vida, o que possibilita conhecer a história da pessoa e a forma como a mesma se insere no mundo (TRAJANO et al, 2017; YASUI et al, 2018).

No Brasil, o processo da RP teve início nos anos 80, do século XX, sob influência da reforma psiquiátrica italiana e da reforma sanitária brasileira, configurando-se como um dos primeiros países subalternos a instituir uma Política de Saúde Mental (ALMEIDA, 2019). Entretanto, a implementação desse processo só foi possível anos depois ao consolidar-se com a criação da Lei nº 10.216 no ano de 2001, que busca assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência da saúde mental através de um modelo substitutivo, possuindo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço de referência ao cuidado (BRASIL, 2001).

O processo da reforma psiquiátrica, desde os seus primórdios, vem acontecendo de forma árdua, demandando uma resistência dos atores envolvidos para que haja efetivações na substituição do modelo manicomial. Exemplo disso, é que após a Lei 10.216, um outro marco fundamental só foi alcançado no ano de 2011 ao ser instituída,

através da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011b), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹ com o intuito de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, promovendo um cuidado integral numa perspectiva territorial e comunitária, contando com a participação dos usuários no seu processo de cuidado. Com isso, houve uma atenção para a distribuição da responsabilização do cuidado em rede para que não ocorra a institucionalização dos CAPS.

Em decorrência, a reforma psiquiátrica possibilitou avanços quanto à concretização gradual da ruptura do modelo hospitalocêntrico ao diminuir, entre os anos de 1980 a 2020, de 80 mil para cerca de 19 mil leitos psiquiátricos nos manicômios, bem como o fechamento de muitos desses hospitais (PEREIRA, 2021). Paralelo a isso, houve a crescente expansão dos CAPS, que até julho de 2021 já era contabilizado em 2.742 equipamentos distribuídos pelo país (BRASIL, 2021), simbolizando a prática do cuidado em liberdade, o envolvimento de uma equipe multiprofissional para uma atenção ampliada e a promoção do exercício da cidadania dos usuários.

Ademais, a RP contribuiu para o alcance da promulgação dos direitos dos usuários, a exemplo da Portaria nº 106/GM/MS (BRASIL, 2000) que estabelece os serviços residenciais terapêuticos (SRT) para a garantia do cuidado à moradia em comunidade para pessoas com longas internações e que não possuem suporte social; e a Lei nº 10.708 (BRASIL, 2003) que garante um auxílio à reabilitação psicossocial através do Programa de Volta para Casa, promovendo o resgate da autonomia e a integração social.

Apesar de todos esses avanços, o cenário da saúde mental, desde o seu cerne, é permeado por inúmeros desafios que perpassam o que Machado e Lavrador (2001) denominam de desejos de manicômio; há, mesmo que implicitamente, a busca por estabelecimento de tutela, restrição e contenção da subjetivação do outro, sobretudo quando este é considerado louco. Assim, as formas de violências passam por uma atualização, que atualmente é centrada pelo exercício de diagnósticos e da medicalização,

¹ Os serviços que compunham a RAPS em seu surgimento em 2011: na Atenção Básica em Saúde com a Unidade Básica em Saúde, as Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Consultório na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Centro de Convivência; na Atenção Psicossocial Especializadas os Centros de Atenção Psicossocial dos tipos I, II, III, AD, ADIII, i; na Atenção de Urgência e Emergência contava-se com os serviços da UPA e do SAMU; no componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório era disposto a Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, e a Comunidade Terapêutica; na Atenção Hospitalar a RAPS contava com os serviços de Leito e Enfermaria especializada em Hospitais Gerais; como Estratégias de Desinstitucionalização possuía os pontos de Serviços Residenciais Terapêuticos; e as Cooperativas no que tange ao componente de Reabilitação Psicossocial.

promovendo um encarceramento químico e a redução das singularidades (BARBOSA et al, 2020; CALIMAN, 2016).

Esse cenário é intensificado por decisões realizadas na conjuntura política e econômica que resultam no desinvestimento da Política de Saúde Mental do Brasil. A partir do ano de 2016 é possível visualizar um agravamento da situação mediante a Portaria SAS/MS nº 1.482, em que considera as comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde aptas para receberem recursos do SUS. Nos anos seguintes, há outra investida nesse sentido, ao ser realizada a diminuição e/ou cronificação dos investimentos dos serviços substitutivos em prol do aumento do aporte financeiro para instituições não públicas (GUIMARÃES e ROSA, 2019).

Em 2019, é demarcado um processo de remanicomialização ao ser implementada a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), que traz um novo direcionamento para a Política de Saúde Mental ao classificar os hospitais psiquiátricos como espaço de cuidado, principalmente através das internações; legitima as comunidades terapêuticas como equipamentos estratégicos para usuários de álcool e outras drogas, desqualificando o viés da redução de danos; prevê financiamento para a aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia; desconsidera os Serviços da RAPS como substitutivos, pois segundo essa Nota Técnica, não há mais o que substituir, uma vez que o hospital psiquiátrico é inserido na rede de atenção psicossocial, agora denominado como hospital especializado e, além disso, o documento ainda suprime a participação/controlado social.

Constata-se, então, um movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, que segundo Nunes et al (2019), pode ser definido como um processo sociopolítico e cultural marcado por um conjunto de forças e interesses opostos a RP, ameaçando as suas transformações e desencadeando efeitos paradoxais. Dessa forma, o atual cenário da Política de Saúde Mental é marcado por um constante subfinanciamento, precarização dos equipamentos e fragmentação da articulação em rede, que promove a incerteza da possibilidade de realizar um cuidado efetivo pela perspectiva antimanicomial.

A partir do exposto, considerando a importância de assegurar os direitos conquistados pelos usuários através da reforma psiquiátrica, o presente trabalho busca verificar a efetividade da clínica pautada pelos princípios da RP, em tempos de contrarreforma, através do relato da experiência de um estágio em saúde mental em um curso de Psicologia.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se do tipo relato de experiência, desenvolvido através do estágio específico supervisionado do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, na área da saúde mental. Vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nova Vida II, no município de Santo Antônio de Jesus (SAJ), localizado no Recôncavo Baiano, região singularizada por uma forte representação histórico-cultural, principalmente devido a presença maciça de negros que foram escravizados no território (SecultBA, 2007).

Dessa forma, o município de SAJ possui uma população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 103.204 habitantes no ano de 2021, sendo majoritariamente negra. Além disso, SAJ é considerada como a capital do Recôncavo devido a sua importância comercial, industrial e de outros serviços, a exemplo os de saúde, como o CAPS, o que faz com que as pessoas das regiões circunvizinhas desloquem-se até o município para utilizar dos mesmos.²

As atividades do estágio foram desenvolvidas sob a perspectiva da clínica da atenção psicossocial entre os meses de abril a dezembro de 2022, perfazendo um total de oito meses, sendo divididas em dois momentos: o período formativo e o período das atividades práticas.

O período formativo teve duração de dois meses (abril-junho), objetivando a consolidação dos conhecimentos acerca da clínica da atenção psicossocial, bem como das habilidades das estagiárias para a prática clínica. Por conseguinte, as atividades práticas tiveram duração de seis meses (junho-dezembro) através de atendimentos clínicos semanais em dupla visando a intensificação de cuidados com usuários em sofrimento psíquico moderado/ grave e persistente.

Ao longo deste segundo momento, foram elaborados semanalmente diários de campo que serão utilizados como instrumentos para a construção deste artigo. Segundo Breakwell et al (2010), o diário de campo é um método de obtenção de dados, estruturado ou não, que possibilita um relato temporal de ações, pensamentos e sentimentos, além de explicações sobre os contextos físico e/ou social presentes em determinados acontecimentos. A partir desses registros, é possível identificar e ampliar os parâmetros envolvidos nos assuntos relatados, podendo ser analisados posteriormente.

² Informações acessadas no site da Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus no dia 29 de novembro de 2022.

Dessa forma, os diários de campo desenvolvidos no estágio supervisionado possuem um caráter de escrita livre, objetivando auxiliar no registro longitudinal dos atendimentos, incluindo também as percepções das estagiárias quanto a sua prática clínica durante todo o processo.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os registros realizados no diário de campo dizem respeito ao acompanhamento de Juliano³, um usuário de 38 anos, cisgênero, negro, com diagnóstico de esquizofrenia, baixa condição socioeconômica, e que após o falecimento de sua genitora, encontra-se sob tutela de um dos seus irmãos por menos de dois anos. Além disso, o usuário tem histórico de uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA) e sofreu um acidente de atropelamento nas margens da BR 101 desencadeando sequelas nos seus membros inferiores, o que até hoje, reflete em dificuldades no seu processo de mobilidade.

Apesar de estar inserido no CAPS Nova Vida II desde 2008, já a alguns anos, Juliano mantém vinculação ao serviço apenas por meio de consultas psiquiátricas esporádicas e uma vez ao mês para a administração do Haldol Decanoato (medicamento injetável). Objetivando aproximar o usuário do serviço de forma mais recorrente e promover a intensificação do cuidado, as práticas da clínica da atenção psicossocial foram realizadas semanalmente na modalidade domiciliar.

A clínica da atenção psicossocial

A clínica psicossocial possui em seu cerne a promoção de um cuidado em saúde mental voltado à singularidade e integralidade do sujeito. Dessa forma, não se encontra em consonância com a psiquiatria e diferencia-se da clínica tradicional ao buscar romper com a busca frenética pela cura e pelo enfoque nas patologias, atribuindo um olhar social e subjetivo para as questões de saúde/doença (CAMPOS, 2001; PORTUGAL et al, 2018).

Um grande diferencial desse fazer clínico é o reconhecimento da necessidade de construir o processo de cuidado não apenas para o outro, mas, principalmente, com o outro. Essa inovação acerca das práticas de produção de saúde está vinculada a perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH) em que possui como diretriz o

³ Nome fictício.

exercício de uma clínica ampliada, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), é uma clínica que deve estabelecer o compromisso com o sujeito, visando promover a sua autonomia e protagonismo. Logo, existe uma dimensão política na clínica psicossocial em que estabelece um compromisso com a luta pela cidadania do louco (RINALDI e LIMA, 2006).

O ponto de partida dessa clínica são os saberes e as subjetividades dos usuários, o que exigirá um constante diálogo com o cotidiano dos mesmos, visando acessar os aspectos constituintes de sua vida (CAMPOS, 2001; RINALDI, 2015; YASUI et al, 2018). Considerando isso, Yasui (2010) destaca três pilares da clínica da atenção psicossocial: o território; o acolhimento e a responsabilização.

A atuação na lógica territorial é destacada como premissa norteadora nos serviços de saúde mental através da Portaria nº. 336/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Assim, Yasui (2010) conceitua o território como o local em que constitui a história de vida dos usuários, transcendendo as características físicas e naturais ao englobar as marcas sociais produzidas no homem e pelo homem, através de uma relação simbiótica com o meio.

Portanto, há um caráter vivo e dinâmico imbricado no território, o que leva Lancetti (2008) a atribuir à prática desta clínica o termo peripatética: uma clínica em ato e em movimento, que se deixa conduzir pelos acontecimentos da vida de quem está sendo assistido. Em convergência, Seixas et al (2019) destaca o uso de uma ferramenta denominada como usuário-guia, na qual o profissional assume as perspectivas do usuário para a condução da produção e da corresponsabilização do cuidado.

Compreendendo que o território é um cenário permeado por encontros, Seixas et al (2019) e Yasui et al (2018) enfatizam que um potencial terapêutico a ser alcançado é a construção de relações, que coordenadas pelo vínculo, sejam pautadas em afetividade e confiança por ambas as partes. A partir disso e da constante manutenção do vínculo nas relações, o conhecimento da vida no território e a produção do cuidado pode ser facilitada e ocorrer de forma mais efetiva.

O acolhimento é então considerado como um ponto elementar para conduzir o estabelecimento das relações terapêuticas. Para Yasui (2010), acolher e recepcionar são atitudes que podem, e devem, estar presentes antes mesmo da escuta, fazendo e refazendo-se mediante a cada demanda e pessoa assistida. Atrelado a essa disposição ao cuidado, o encontro com o outro necessitará do compromisso do terapeuta com o usuário, seu território e com o projeto de cuidado.

Dessa forma, os pilares do acolhimento e da responsabilização devem estar em paralelo, uma vez que a disponibilidade à escuta, despida de certezas técnicas e do desejo de tutela, exige uma implicação profissional a partir do acesso ao universo do outro, para então reconhecer as demandas, ativando e potencializando os recursos territoriais a fim de saná-las. O que faz do terapeuta peripatético, um conector, como pontua Lancetti (2008) (BRASIL, 2010; YASUI, 2010).

A proposta da clínica da atenção psicossocial ainda é extremamente inovadora e desafiadora ao considerar o cenário de práticas de cuidado em saúde vigentes. Uma das questões centrais que fomentam os desafios do fazer acontecer dessa clínica é a condução de suas práticas no sentido contrário a lógica médica/psiquiátrica, sobretudo, devido a persistência dos discursos hegemônicos nas práticas de saúde, contribuindo para a centralidade de intervenções medicamentosas; relações frágeis e conduzidas pelas patologias (RINALDI e BURSZTYN, 2008).

Apesar de desafiadora, os fatores constituintes da clínica evidenciam a sua importância na construção do processo de saúde-doença, nos sentidos atribuídos a ele pelos próprios usuários e a possibilidade concreta de promover o alcance dos princípios da reforma psiquiátrica. Sendo assim, a clínica psicossocial é um elemento essencial, que, através do acesso a vida dos usuários como ela é, pode contribuir para a produção de saúde e para projetos institucionais, fazendo-se necessário um constante olhar para os seus desdobramentos e a avaliação de sua efetividade (CAMPOS, 2001).

Ao retomar e analisar todos os registros do diário de campo construído ao longo do estágio com o objetivo de pensar a clínica da atenção psicossocial, quatro elementos presentes na mesma ganham destaque na experiência prática da autora e serão analisados a seguir, sendo eles: o *setting* terapêutico; o manejo clínico ou o deixar-se guiar; participação familiar e articulação com os serviços da RAPS.

O *Setting* Terapêutico

Uma academia, diversos banners espalhados nas paredes, berimbaus e pandeiros no canto do espaço, telhas de eternit intensificando o calor das 13 horas da tarde, leve sons de galinhas e três cadeiras. Durante seis meses, esse era o cenário de todas as quintas-feiras para a realização das práticas da clínica psicossocial. Totalmente atípico comparado às outras experiências profissionais na graduação em Psicologia.

A atuação no território conduziu a presente autora à saída do ambiente tradicional das quatro paredes da clínica, aparentemente seguro e controlável, para experienciar a prática em um novo *setting* terapêutico: uma academia de capoeira. Alexandre e Romagnoli (2017) nomeiam esse tipo de *setting* como *setting* vivo em que é constituído por atos clínicos que ultrapassam a estruturação clássica e ocorrem a partir dos encontros nos territórios.

A prática clínica num *setting* vivo permite um acesso à ambientes que dizem da intimidade do usuário e também de sua família, como é o caso da academia de capoeira que pertence ao irmão do usuário assistido, sendo um dos maiores desafios, mas também uma grande potência para o processo terapêutico, como pontua Grilo (2012). Para Laham (2004), isso é possível devido aos atendimentos domiciliares estarem em contato com uma realidade concreta dos usuários, fazendo com que acesse elementos essenciais de sua história e que muitas vezes sequer chegaria à clínica tradicional.

Uma grande característica desse *setting* é a imprevisibilidade, seja do tempo, da estrutura, do clima, de quem estará ou surgirá no espaço. Diversas vezes os atendimentos foram atravessados por elementos que tornaram-se distratores e que desestabilizaram o encaminhamento dos encontros. A respeito disso, há uma convergência com o estudo de Carvalho (2020), que enfatiza a instabilidade e a grande possibilidade de interferências quando os atendimentos são realizados a domicílio, aumentando a complexidade da atuação, como pontua Lancetti (2008).

Sendo assim, diversas interrupções ocorreram ao longo dos encontros, sejam elas de forma direta, através do atravessamento de uma pessoa externa ao atendimento e que exigiu uma breve pausa do mesmo, ou indireta, através de elementos que de forma mais distante atrapalharam os atendimentos mas não exigiram uma pausa.

A maior parte das interrupções diretas envolveram a figura do irmão do usuário, que em alguns momentos transitou pelo espaço para fazer alguma coisa pontual mas que sentiu-se no direito de realizar alguma fala mediante ao que escutava do atendimento: “[...] ele para na porta e tenta gesticular nos indicando que algo que o usuário falava não estava correto ; “[...] para o que está fazendo e surge com a caixa para nos mostrar qual é”; “[...] tomo "um leve susto", apesar de saber da sua presença, não esperava sua intervenção [...]”; “No meio do atendimento o irmão chega, como um ímpeto em sua Biz o que faz com que pausemos nossas falas”.

Além da figura do irmão, em momentos pontuais, visto que durante um período a academia estava em reforma, alguns pedreiros fizeram-se presente no espaço e

contribuíram com interferências em determinados atendimentos: [...] *um dos pedreiros entrou na academia, deitou-se no chão próximo a nós e permaneceu quase todo o atendimento*”; “*Em um momento o pedreiro transitou pelo espaço, mas de forma rápida [...]*”.

No que tange às interrupções indiretas, estas ocorreram em decorrência de sons externos: “*Os barulhos da obra da academia muitas vezes foram bem fortes e nos exigiu falarmos um pouco mais alto e mais próximo*”; “*Enquanto conversávamos, o pedreiro colocou um som ao fundo e o usuário cita sobre [...]*”. Além dos sons, a estrutura física do espaço associado ao clima do dia foram fatores de interferência na qualidade dos atendimentos, uma vez que o telhado da academia possui telhas de eternit, nos dias de sol houve uma potencialização do calor, gerando incômodos; e com a presença da chuva, uma intensificação no som que exigiu um aumento do tom da fala e um esforço para compreensão do que estava sendo falado.

Diante de toda essa imprevisibilidade que marcou a vivência clínica, a estagiária experienciou sentimentos de angústia, desconforto e aflição que necessitaram ser regulados para não interferir no manejo clínico. Mas que após o atendimento, instigou inquietações acerca da clínica psicossocial, sendo discutidas neste trabalho. Alexandre e Romagnoli (2017), Grilo (2012), Junior (2008), Laham (2004) e Reichel (2008) enfatizam que tais sensações são comuns de serem experimentadas uma vez que a atuação no território é um modelo novo, que ao romper com o tradicional, exige um processo de criação constante de novos dispositivos clínicos, de acordo com cada território e cada história.

Portanto, Lancetti (2008) relata a necessidade de um desejo de implicação e a disponibilidade profissional para atuar no *setting* dos territórios, pois exigirá uma postura sensível e hábil para lidar com os diversos elementos que podem surgir de forma súbita ou previsível, sem desencadear possíveis danos à relação terapêutica. Logo, Laham (2004), Moreira e Crepaldi (2016) destacam que a flexibilidade e a criatividade são características importantes a serem desenvolvidas.

Apesar dos desafios, a prática no *setting* vivo possibilita um conhecimento territorial com uma aproximação à vida em ato do usuário, o que facilita acessar questões que dificilmente chegariam à clínica tradicional e que podem ser imprescindíveis para pensar o projeto terapêutico, além da identificação de dispositivos e indivíduos que podem colaborar no processo.

Ademais, Rinaldi (2015) acrescenta que tais características da clínica psicossocial podem incidir diretamente nos serviços de saúde mental ao colocar em questão os saberes instituídos, sua suficiência e competência, tornando-se então necessário uma reavaliação da organização e da micropolítica do trabalho cotidiano dos mesmos, além de sua articulação com a Rede.

O manejo clínico ou o deixar-se guiar

A clínica da atenção psicossocial, ao preconizar que as suas ações tenham como ponto de partida o sujeito, os seus saberes e as suas singularidades, pode utilizar da concepção do usuário-guia para a atuação profissional. Moebus, Merhy e Silva (2016), destacam que essa perspectiva convoca o profissional a descentralizar-se no processo, colocando-se ao lado do usuário para que o mesmo seja o direcionador das ações e propicie o acesso aos elementos constituintes de sua vida e subjetividade. Para isso, também são utilizadas o que Merhy e Franco (2003) chamam de tecnologias leves de cuidado em que preconizam o caráter relacional do manejo clínico em detrimento ao prescritivo.

Assim, o deixar-se guiar possui em seu cerne a necessidade da perda do controle por parte do profissional. É necessário entregar o controle e compreender que não será mais o seu saber como base das ações, não será o seu tempo, não será com a sua linguagem, não será como você deseja. Mesmo com o conhecimento teórico sobre e o reconhecimento da importância disso, ao partir para a prática, essas questões tornaram-se grandes desafios.

O primeiro desafio diz sobre a postura de deslocar a centralidade do seu saber na condução do processo terapêutico, pois enquanto profissionais de saúde, durante séculos, nunca fomos treinados para isso. Campos (2001), Pereira e Almeida (2005) e Rinaldi e Bursztyn (2008) destacam o poder, sobretudo do discurso médico, presente na sociedade, o que exige uma maior implicação dos profissionais para abster-se de seus saberes prévios e exercer essa nova perspectiva de atuação.

Com o anseio de avançar no processo para alcançar os objetivos com o usuário, em dado momento, a presente autora percebeu-se perder o ritmo na caminhada, deparando-se à frente de Juliano. Seixas et al (2019) apontam que por vezes no nosso encontro com o outro nos sentimos perdidos, e em alguns momentos foi justamente assim que me encontrei. É impossível caminhar paralelamente ao outro em velocidades

diferentes. Isso significa que o fator tempo é algo imprescindível a ser alinhado, mas também, um grande desafio a ser feito.

Ao longo do estágio, compreender e aceitar que há “[...] *o tempo dele, o meu tempo, o tempo do processo [...]*” foi uma tarefa árdua. A respeito disso, Manguiera e Maurício (2012) demarcam o quanto a noção de tempo é subjetiva e parte constituinte da própria subjetividade. Assim, deixar-se guiar significa estar adequando-se ao tempo do usuário. Logo, foi necessário retroceder alguns passos e reconhecer que, o que para a estagiária parecia longo e demorado, para o usuário foi o tempo necessário para vislumbrar e avançar algumas de suas questões.

Outro fator desafiador para caminhar com Juliano foi a presença de delírios⁴ como integrante à sua subjetividade. “[...] *no decorrer dos primeiros minutos senti uma dificuldade que se perdurou durante o atendimento: acompanhar o fluxo de seus pensamentos e a sua transição entre delírio e realidade concreta [...]*”. Incômodo, esforço de compreensão e de alcance. Diversas vezes eram essas as afetações e percepções ao longo dos atendimentos.

Delírios e alucinações são considerados pela descrição biomédica como sintomas que estão presentes em transtornos psicóticos⁵, a exemplo do Transtorno de Esquizofrenia. Portanto, é muito improvável atuar com usuários que possuam este diagnóstico e não entrar em contato com tais aspectos. Além deles, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM V (2014) acrescenta ao transtorno a possível presença de uma desorganização no fluxo dos pensamentos do indivíduo, o que pode ser inferida através do seu discurso; sendo este um aspecto também perceptível nos atendimentos no decorrer do estágio.

Sendo assim, ao considerar que na maioria das vezes o modo de funcionamento da estagiária e a sua constituição de vida seja distinta dos usuários, há uma maior probabilidade de provocá-la, como ocorreu com a presente autora: “[...] *sinto como se ele desse um grande mergulho em seu universo de vida entre delírios e como se eu tentasse lhe alcançar mas ficasse "sem ar" e retornasse à superfície*”.

⁴O delírio constitui-se por uma dificuldade no processo de discernir a realidade concreta, motivado por fatores oriundos de sofrimento psíquico. As suas principais características são a apresentação de uma convicção subjetiva com impossibilidade de modificação da ideia sustentada, bem como uma explícita inverdade da realidade apresentada pelo indivíduo (DALGALARRONDO, 2019).

⁵ Segundo Dalgalarondo (2019), caracterizam-se por alterações na percepção e na relação com a realidade, afetando os pensamentos e/ou comportamentos do indivíduo, o que pode levar a um quadro com acentuada gravidade.

Dessa maneira, Mangolini (2018) chama a atenção ao cuidado de não estabelecermos a nossa forma de considerar a realidade como regra mas compreender que a mesma dificilmente será apreendida, uma vez que pode ser construída mediante as particularidades de cada sujeito. Com Juliano, foi necessário um movimento constante de vivenciar as delicadezas produzidas em nossos encontros. Por vezes tentava me reorganizar, mas fui entendendo que era justamente essa minha organização prévia que precisava entrar em colapso para não buscar normalizá-lo. Ao acompanhar o processo de Juliano, um outro acontecia entre nós, no qual, ao invés de suprimir a forma como o mesmo se constitui e se apresenta ao mundo, acompanhava devires em processo de criação de novas realidades, inclusive da minha própria (que foi aos poucos deixando de ser própria).

Diante disso, foi possível perceber a ampliação do exercício da autonomia de Juliano no decorrer dos nossos atendimentos, a exemplo de suas colocações quanto ao que desejava trabalhar no momento, como “[...] *ao perguntar se gostaria de ouvir a música que levamos, ele diz que não e que poderia ser depois*”, direcionando o encontro para outras questões. Para além da clínica, a sua autonomia quanto a expressão e sustentação de seus desejos foi estendida para a sua relação com o seu irmão, o que antes era difícil de ser realizado e que por vezes necessitava de uma mediação entre estagiárias e familiar, Juliano em dado momento afirma que “[...] *não é um momento ideal (de conversar com o irmão) e que não precisamos fazer isso*”, pois ele mesmo faria. Assim, dias depois, o usuário compartilhou que havia conseguido conversar com o irmão sobre o que precisava.

Além de sua autonomia com a fala, Juliano permitiu-se vivenciar o seu desejo de transitar por espaços no seu bairro e fora dele, questão que inicialmente era considerada como uma impossibilidade, tanto para ele quanto para seu irmão, pois associava-se ao perigo e a época em que o usuário fazia uso de SPA e ficou um tempo em condições de vulnerabilidade pelas ruas da cidade. Aos poucos, Juliano se permitiu trabalhar essa questão, transitando por determinados espaços: como quando “[...] *foi andando até o Mutum para ver sua irmã [...] algumas pessoas lhe viram e interagiram com ele no caminho [...]. Ao sair do Mutum, pegou um caminho de retorno e passou em uma barraca de acarajé do seu bairro [...]*”. Os elementos de suas saídas foram compartilhados nos atendimentos, guiando muitos momentos dos nossos encontros.

Assim, para respeitar a subjetividade e deixar-se guiar com o objetivo de construir um processo terapêutico efetivo, respeitando e instigando a autonomia do usuário no

processo, foi então necessário realizar o que Lancetti (2008) orienta sobre afastar-se para analisar e refazer-se na clínica. No estágio, a ferramenta adotada para auxiliar esse exercício foram as supervisões⁶, que junto às colegas e o supervisor, foi adicionando outros olhares para contribuir com a atuação na clínica psicossocial.

Participação Familiar

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) compreende família como um grupo de pessoas com parentesco consanguíneo ou não, que possuem vínculos afetivos, de convivência e uma relação de cuidado, condicionados a valores sociais, econômicos e culturais que são preeminentes em um determinado contexto histórico, geográfico e cultural.

Considerando isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) pontua a família como parte importante para o cuidado em saúde, destacando a necessidade de incluí-la no processo, sobretudo no que tange a área da saúde mental, a fim de consolidar a reformulação do cuidado e a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo a assistência de forma efetiva no território do sujeito.

Entretanto, apesar da possibilidade de ser um fator de proteção e colaborar para a melhoria terapêutica de seus familiares, Alves-Silva e Scorsolini-Comi (2019) destacam que em muitos casos, a própria família pode ser considerada como contribuinte para o adoecimento, sendo, portanto, um fator de risco. A avaliação acerca da condição das relações familiares é imprescindível para compreender qual a melhor forma de torná-la parte integrante ou não do plano terapêutico do indivíduo.

No caso aqui descrito, Roque⁷, irmão e também tutor do usuário, é o familiar central presente ao longo de todo o processo terapêutico. Devido o usuário não possuir aparelho telefônico, era o seu irmão quem se comunicava confirmando ou não os atendimentos; também era ele quem organizava o espaço de sua academia de capoeira para a realização dos encontros, além de outras funções as quais coordenava quando diziam respeito a Juliano. Portanto, vincular-se a ele era imprescindível para que fosse

⁶ Processo de ensino e aprendizagem de um estágio, conduzido por um professor da Instituição de ensino que possuía experiência na área da atuação. Além de objetivar o aprimoramento teórico, visa-se promover a aquisição de habilidades terapêuticas para facilitar e fortalecer a conduta ética e o manejo clínico do discente (BARLETTA e BARRETO, 2010).

⁷ Nome fictício.

possível a prática clínica, sobretudo de forma colaborativa, como será explanado a seguir. Devido a isso, a participação familiar ganha destaque neste relato de experiência.

Seixas et al (2019) em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011), ao discorrer sobre o vínculo e a sua importância para o exercício do cuidado, destacam o seu caráter processual, caracterizando-se por relações pautadas em confiança e afetividade, que ao serem consolidadas, podem ser facilitadoras de uma corresponsabilização pela saúde. Apesar de se referirem mais especificamente à relação profissional-usuário, essa compreensão acerca do vínculo pode estender-se para a relação profissional-familiar.

Dessa forma, foi possível observar diferentes estágios da participação de Roque no processo de cuidado com o seu irmão e que correspondem diretamente à sua vinculação com as estagiárias, sendo que ao alcançar uma maior consistência na relação, há uma maior fluidez na colaboratividade com o caso de Juliano.

Roque era considerado, pelas experiências das estagiárias anteriores⁸, como uma pessoa de difícil vinculação, o que gerou uma preocupação em como seria esse processo atualmente. Logo no primeiro encontro, houve um pequeno atraso ao nos deslocarmos até a casa de Juliano, e chegando no local: “[...] Roque já estava na porta e prontamente comenta sobre o nosso atraso.” Esse contato inicial provocou uma maior insegurança em como seria a construção da nossa relação, uma vez que ele permaneceu com uma postura mais “fechada”, direta e sempre na defensiva quando era direcionado algum comentário ou perguntas.

Uma fragilidade inicial do vínculo era também explicitada em como Roque permanecia no decorrer dos atendimentos: “[...] durante o início do atendimento, percebo que o mesmo busca realizar tarefas na parte externa próxima a academia, circulando algumas vezes pelo interior da mesma, o que me causou a impressão de querer “marcar o território” e talvez conferir o processo.”. Dessa forma, o familiar permanecia durante um bom tempo participando de forma mais resistente.

Com o decorrer do estágio, a partir de um maior conhecimento acerca do trabalho desenvolvido com Juliano e o desenvolvimento de uma confiança com as estagiárias, houve um estreitamento na relação com Roque. Assim, observou-se uma maior implicação do familiar através de iniciativas de diálogos para informar-se como estava o

⁸ O caso de Juliano foi acompanhado por uma dupla de estagiárias da turma anterior, num período próximo a quando Roque tornou-se tutor de Juliano. Esse fato contribuiu para uma constante postura defensiva e incisiva do tutor para com as estagiárias, o que refletiu num processo de difícil vinculação.

processo, colocando-se à disposição para o que precisássemos. Ademais, tornou-se comum momentos de partilha dos seus sonhos, projetos, questões familiares e até mesmo do seu relacionamento com o seu irmão, logo, antes ou após o atendimento com Juliano, ocorriam momentos de escuta com Roque.

Constantinidis (2017) destaca a grande possibilidade do surgimento de demandas espontâneas por parte dos familiares ao longo do processo de cuidado, sendo assim, o acolhimento caracteriza-se também como uma ferramenta para investir no vínculo entre profissional-familiar. Segundo Colvero et al (2004), Ferreira et al (2019) e Mielke et al (2010), essa assistência e momentos de escuta com a família são extremamente importantes, uma vez que há sobrecarga dos familiares mediante a demandas com questões envoltas com o cuidado do usuário, além de questões pessoais.

O alcance de uma solidez do vínculo entre as estagiárias e Roque foi explicitada a partir da inclusão da mesma em momentos da família, a exemplo do convite para o seu aniversário e a lembrança do evento que foi entregue após a impossibilidade de comparecimento. Sobre isso, Reichel (2008) relata que, de acordo com a relação construída, convites para participação de atividades eventuais e rotineiras da família podem ser realizados à profissional, o que exigirá uma postura flexível e atenta para reconhecer os limites necessários para o processo terapêutico, a fim de manter o foco e o objetivo do tratamento.

Nesse mesmo viés, após vincular-se ao familiar, um grande desafio foi a necessidade de conversas pontuais com questões trazidas por Juliano mas que diziam respeito também ao seu irmão e que foi preciso serem trabalhadas. Em momentos como esses, houve uma grande possibilidade da quebra do vínculo, pois sempre que confrontado, Roque assumia uma postura defensiva: *“Novamente, sinto como se ele estivesse num constante movimento de comprovar as coisas, parecendo que estamos lhe investigando, entendendo a minha mensagem como uma cobrança”*.

O manejo clínico foi um desafio que demandou uma ponderação e o uso de uma comunicação assertiva com Roque, uma vez que Juliano é a centralidade do processo terapêutico, e, apesar da importância do vínculo com o familiar, era necessário garantir o alcance do objetivo do cuidado com o seu irmão. Em todos os momentos, apesar da circunstância, foi possível alcançar a resolutividade com a permanência do vínculo com Roque.

Como ocorrido, ao reconhecer a importância da participação familiar no cuidado e o quanto a mesma é afetada diretamente pelo vínculo, a presente autora foi desafiada a

desenvolver uma postura flexível, respeitosa, buscando uma proximidade assertiva ao irmão de Juliano. O alcance da vinculação e o êxito de sua manutenção, permitiu que ocorresse uma integração do familiar de forma colaborativa, fortalecendo uma corresponsabilização nas ações de saúde, bem como nos objetivos a serem alcançados com Juliano. Ao fim do acompanhamento, Roque explicitou a importância da relação e do trabalho desenvolvido com o seu irmão.

Articulação com os serviços da RAPS

No primeiro atendimento com Juliano, uma das questões compartilhadas por ele foi a sua vontade de cuidar dos seus dentes, que segundo o usuário, continuará sendo postergada pois “[...] é um valor exorbitante e fora de cogitação no momento.” Ao conversarmos sobre a possibilidade de realizar o tratamento de forma gratuita pelo SUS através da Atenção Básica (AB), Juliano relata o seu desconhecimento sobre.

Além de sua necessidade odontológica, em alguns atendimentos o usuário pontua a ocorrência de dores de cabeça, levando-o a ir até uma mercearia do bairro para comprar analgésico. Apesar de possuir uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em frente à sua casa, a mesma sequer é cogitada por Juliano para fazer a retirada do medicamento, ou como um serviço que pode recorrer caso precise de algo.

Através da Portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) estabelece a necessidade da atuação em saúde ser efetuada através de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa premissa é um ponto fundamental para alcançar a efetivação do princípio da integralidade do SUS, o qual reconhece os usuários constituído de necessidades específicas mediante a sua totalidade, que para serem sanadas, exige uma articulação das RAS.

Dentre as Redes de Saúde, o componente da Atenção Básica (AB) ganha destaque pela sua responsabilidade com um território específico, e por estar mais próxima a vida das pessoas, deve ser o serviço preferencial para a realização do contato dos usuários (BRASIL, 2011). Entretanto, ao observar o caso de Juliano, identificou-se a ausência de referência e vinculação com esse serviço, além disso, foi identificada uma rede social de apoio restrita no seu processo de cuidado.

A rede social de apoio caracteriza-se por um grupo de pessoas as quais um indivíduo possui algum grau de proximidade, vinculação e afeto, e pelo qual é disposto recursos que auxiliam em suas necessidades (BORGES E FARIA, 2017; LAVALL,

2007). Borges e Faria (2017), Brusamarello et al (2011) e Macêdo et al (2013) destacam a importância da existência de uma rede social de apoio para usuários de saúde mental, uma vez que ela contribui na promoção e manutenção da saúde, facilita o processo de socialização e a reconstrução de vivências cotidianas muitas vezes perdidas pelo sofrimento psíquico. Em consonância, Lavall (2007) acrescenta que o acesso a essa rede possibilita a ampliação das ações de saúde, visando um cuidado integral.

Já a respeito da articulação e promoção do cuidado entre a AB e os demais serviços da RAPS, Mangolini (2018), Silva et al (2019) e Tãno e Matsukura (2019), apontam a existência de uma dificuldade para a efetuação da mesma. Segundo os autores, observa-se uma ausência de ações nos serviços da AB voltadas ao público de saúde mental, paralelo à uma transferência de responsabilidade dos mesmos para o CAPS como justificativa, por parte dos profissionais, de não saber lidar com o sofrimento psíquico e suas especificidades. Assim sendo, há uma institucionalização do cuidado à saúde mental e um consequente aumento no desafio de integrá-lo na AB.

Posto isso, com o objetivo de aproximar-se do serviço para compartilhar o caso e pensar coletivamente em estratégias de propiciar um cuidado integral a Juliano, sanando as necessidades iminentes do usuário, além de vinculá-lo ao serviço para ampliar a sua rede de referência e de apoio, foi iniciado um processo de tentativa de articulação com a USF do bairro do usuário que localiza-se a frente de sua residência.

Num primeiro momento, buscou-se uma aproximação com a USF através da própria Universidade, com o intuito de facilitar a mediação com as profissionais do serviço, já que a unidade recebe turmas da UFRB para desenvolver estágios no local. Entretanto, devido a proximidade de finalização das atividades acadêmicas e perdurar um período com a ausência de discentes na unidade, avaliou-se que não seria o melhor a ser feito no momento.

Logo, como as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são elencadas como profissionais que devem fazer parte da área de abrangência da USF e desenvolver papéis mais próximos à comunidade, foi considerada uma melhor via de aproximação. O objetivo, para além da busca de ampliação do cuidado, era a construção do vínculo serviço-usuário através da ACS correspondente à sua área, garantindo que o processo de vinculação não ficasse restrito ao período do estágio. Todavia, mais uma vez não foi logrado êxito, visto que dentre as áreas sem cobertura, uma delas era a de Juliano, ou seja, a rua da própria unidade, e não havia previsão para resolução desta questão.

Diante desta circunstância, dois sentimentos emergiram ao perceber que “[...] *nosso "plano" de vinculação do usuário por meio da ACS torna-se inviável*”: indignação e frustração. Primeiro, devido a uma questão burocrática de falta de planejamento que foi desencadeada uma ausência de ACS em várias áreas no bairro, por isso, a indignação. Somado a ela, a frustração pela situação, sobretudo por ver mais uma das alternativas de tentar a construção do vínculo entre usuário-serviço ser impossibilitada.

Fogaça et al (2017) pontuam que na prática profissional, especialmente na saúde pública, sempre haverá aspectos institucionais que provocarão níveis de frustrações no processo da assistência e que exigirá um aprimoramento do trabalho para lidar com os ocorridos. Dessa forma, a alternativa aderida pela estagiária foi a intensificação junto à família e ao próprio usuário por uma busca ao serviço, o que tempos depois, diante de uma necessidade de saúde de Roque e da possibilidade de Juliano realizar o uso do Haldol injetável na USF, iniciou-se um processo de aproximação à unidade.

Apesar do usuário e sua família passarem a fazer o uso do serviço, não foi possível o alcance de uma articulação entre o serviço da AB e o CAPS, o que contribui para a permanência de ações isoladas em Saúde. Portanto, a experiência percorrida evidencia a dificuldade de ampliar o cuidado em rede, pois além de questões relacionadas ao acesso dos próprios serviços, há uma exigência de uma implicação dos mesmos num processo de trabalho colaborativo, o que não é preferível pela maior parte dos profissionais.

Como consequência, a integralidade do cuidado, aspecto fundamental, principalmente para os usuários de saúde mental, pois possibilita a ampliação das perspectivas de cuidado e o rompimento com a lógica biomédica de patologização, isolamento e medicalização, não é efetivada. Logo, há um impacto direto na vida dos usuários ao permanecerem experienciando uma linearidade e fragmentação do seu processo de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da clínica psicossocial permite uma prática que acessa diretamente a vida em ato do usuário, acessando aspectos de sua história pessoal e social que são imprescindíveis para o seu projeto terapêutico e que por vezes não chegariam à clínica tradicional. Atuar a partir desta perspectiva configurou-se como um desafio profissional, uma vez que as ações de cuidado foram permeadas por uma imprevisibilidade do *setting*;

a necessidade de permitir ser guiada pelo usuário, seu tempo e sua subjetividade para o manejo clínico; a construção de um vínculo com um familiar e uma tentativa de articulação com a Atenção Básica para ampliar a Rede de cuidado.

Mesmo deparando-se com os desafios discorridos, consideramos, a partir da prática aqui analisada, que a clínica da atenção psicossocial se constitui como uma perspectiva de cuidado efetivo que preconiza os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo, ao instigar a autonomia dos usuários, a expressão das subjetividades, a ampliação e a corresponsabilização do cuidado a fim de assegurar uma assistência integral ao sujeito.

No caso acompanhado, tais princípios foram efetivados através de uma ampliação da autonomia do usuário, que passou a externalizar e sustentar seus desejos, tanto nos atendimentos como na relação com o seu irmão; no maior trânsito do usuário entre os espaços de seu bairro e para além dele, contribuindo também para sua socialização; além de após dois meses sem o uso do Haldol Decanoato devido a falta da medicação injetável no CAPS, a clínica possibilitou acompanhar uma melhoria no quadro de Juliano quanto aos seus delírios e desconexões de pensamentos, permitindo uma contribuição junto ao psiquiatra do serviço para uma mudança na terapêutica medicamentosa, espaçando o uso desta medicação.

Entretanto, cabe ressaltar que, apesar de lograr êxito ao ampliar uma corresponsabilização do cuidado de forma efetiva com o tutor do usuário, esse processo não foi possível de ser realizado pelas estagiárias com os serviços da rede de cuidados, uma vez que houve uma dificuldade de acessá-los. Essa dificuldade de articulação no âmbito intersetorial impactou diretamente no alcance da integralidade do cuidado, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Ao desviar-se do escopo ainda hegemônico do cuidado em saúde mental, a clínica da atenção psicossocial instiga os profissionais a revisitar suas práticas, bem como a criação de novos dispositivos mediante as particularidades de cada caso acompanhado. Na experiência aqui relatada, a estagiária necessitou realizar esse processo constantemente, desenvolvendo uma postura que buscou ser sensível, assertiva e flexível para lidar com os atravessamentos que surgiram durante o percurso, a fim de garantir o cuidado em liberdade e no seu território de vida.

Ao se tratar de um trabalho a partir de uma experiência de estágio, limitações quanto ao tempo e quanto a análise de apenas um caso clínico devem ser consideradas. Sendo assim, ao reconhecer a clínica da atenção psicossocial como uma perspectiva que

propicia um cuidado efetivo sob os princípios da Reforma Psiquiátrica, este artigo aponta para a importância do desenvolvimento de trabalhos futuros como forma de avaliar e reafirmar a necessidade do investimento em práticas de cuidado antimanicomial, uma vez que o movimento atual de Contrarreforma, configura-se como uma ameaça às mesmas. Além disso, ressalta-se uma urgência no desenvolvimento de pesquisas para pensar estratégias que auxiliem no processo de articulação entre as RAS, contribuindo com a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. M. de L., & ROMAGNOLI, R. C. (2017). Atendimento Psicológico Domiciliar: relato de uma experiência. *PSI UNISC*, 1(1), 46-59. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9617>> Acesso em: 02 nov. 2022.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2019, v. 35, n. 11 , e00129519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>>. Acesso em: 07 nov. 2022.

ALVES-SILVA, Junia Denise e SCORSOLINI-COMIN, Fabio. As famílias podem (se) adoecer: revisão integrativa da literatura científica. *Vínculo [online]*. 2019, vol.16, n.2 , pp. 23-43 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

AMARANTE, Paulo e TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública [online]*. 2018, v. 52, n. 6 , pp. 1090-1107. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>> Acesso em: 5 Jun. 2022.

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

BARBOSA, Gleice Camila Gaia et al. Saúde mental no Brasil: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. *Saúde em Foco: Temas Contemporâneos - Volume 2*, 2020. Disponível em: <<https://downloads.editoracientifica.org/articles/200700685.pdf>>. Acesso em 21 jul.2022.

BARRETO, C. Mariana. BARLETTA, B. Janaína. A supervisão de estágio em Psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionado. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 12, n.12., 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301675000_A_SUPERVISAO_DE_ESTAGIO_EM_PSIKOLOGIA_CLINICA_SOB_AS_OTICAS_DO_SUPERVISOR_E_DO_SUPERVISIONANDO>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn*. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106/GM/MS*, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>> Acesso em: 30 jun. 2022.

_____. *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, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 30 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 27 nov. 2022.

_____. *Lei 10.708, de 31 de Julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.html>. Acesso em: 30 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 01 jul.2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm>. Acesso em: 13 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 13 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 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), 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 01 jul.2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/ 2019*. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 19 de jun. 2022.

_____. *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf> Acesso em: 19 de jun. 2022.

BORGES, Claudia Daiana; FARIA, Jeovane Gomes de. Redes Sociais e Atenção em Saúde Mental: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Psicol. IMED*, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 159-174, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 nov. 2022.

BREAKWELL, G.M et al. *Método de pesquisa em psicologia*. Tradução: Felipe Rangel Elizalde; revisão técnica: Vitor Geraldi Hasse-3.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem [online]*. 2011, v. 20, n. 1, pp. 33-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CALIMAN, et al. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. (Orgs.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba, PR: CRV, 2016. p.19-39.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001. Disponível em:<<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CARVALHO, Biancha da Silva Souza. “*Será que o que faço é psicoterapia?*”: o atendimento psicológico em domicílio sob a perspectiva Fenomenológico-Existencial. 2020. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/17235> > Acesso em: 02 nov. 2022.

COLVERO, Luciana de Almeida et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. 2004, v. 38, n. 2,

pp. 197-205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>> Acesso em 12 nov. 2022.

CORBANEZI, Elton Rogerio. *Saúde mental e depressão: a função política de concepções científicas contemporâneas*. 2015. 169f. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2015.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro?. *Psicologia USP [online]*. 2017, v. 28, n.1, pp. 23-32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-656420150114>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 3. ed.* Porto Alegre: Artmed, 2019.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde em Debate [online]*. 2019, v. 43, n. 121, pp. 441-449. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>> Acesso em: 12 nov. 2022.

FOGAÇA, Ana Luiza P. da Silva et al. *Desafios implícitos nas relações de vínculo entre o psicólogo e usuários dos CAPS*. 2017.35f. (Projeto de Pesquisa)-Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Paulista, Sorocoba, 2017. Disponível em: <<https://www.conic-semesp.org.br/anais/files/2018/1000002534.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Org. e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Gerais, 4ª. Ed. 1984.

FOUCAULT, Michel. *As Palavras e as Coisas*. Trad. de Salma Tannus Muchail. -8 edição-São Paulo: Martins Fontes, 2000. Disponível em:<<https://projetophronesis.files.wordpress.com/2009/08/foucault-michel-as-palavras-e-as-coisas-digitalizado.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2022.

GUIMARÃES, T.A.A. e ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019*, p.111-138. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

GRILO, R. Integração do Psicólogo no Serviço de Apoio Domiciliário: Intervenção com o Idoso. Ed.18, Maio, *Revista Psicologia na Atualidade*. 2012 Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/RuiGrilo1/revista-psicologia-na-Atualidade-rui-grilo-integracao-do-psicologo-no-servio-de-apoio-domicilario-interveno-com-o-idoso>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/painel/?nivel=st>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. *Estimativas de população enviadas ao TCU, 2021*. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.

JUNIOR, Vladimir Pires. *A atenção domiciliar e o psicólogo: experiências, apontamentos para a formação e indícios para uma clínica*. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/24332>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

LAHAM, Cláudia Fernandes. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2022.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAVALL, Eliane. *Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental*. 2007. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). -Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107822/000644011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MACÊDO, Tereza Efigênia Pessoa Morano; FERNANDES, Cibelle Antunes e COSTA, Ileno Silva da. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal) [online]*. 2013, v. 18, n. 4, pp. 639-647. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400012>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.

MANGOLINI, Bruno Benndorf. *Psicose e delírio em um centro de atenção psicossocial: o caso W*. 2018. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21489>> Acesso em: 06 nov. 2022.

MANGUEIRA, M.; MAURÍCIO, E. Arte, Tempo e Subjetividade em Gilles Deleuze. *Artefilosofia*, Ouro Preto, n.13, p. 154-166, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufop.br/raf/article/view/568/524>> . Acesso em 13 nov. 2022.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

MIELKE, F.B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010 out/dez;12(4):761-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812> Acesso em: 12 nov. 2022.

MOEBUS, R. L. N; MERHY, E.E; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia.: pode a onda elevar-se acima da montanha? In:Merhy, E.E; Baduy, R.S; Seixas, C.T; Almeida, D.E.S. Slomp Junior, H. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf>>. Acesso em 27 nov. 2022.

MOREIRA, J. A.; CREPALDI, M. A. Atendimento psicológico domiciliar no contexto do envelhecimento: um olhar sob a perspectiva sistêmica. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, Editora Metodista, v. 24, n. 2, pp. 39-48, Jul.-Dez., 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6996/5540>>. Acesso em:27 nov. 2022.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*

[online]. 2019, v. 24, n. 12, pp. 4489-4498. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PASSOS, Raquel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/%E2%80%9CHolocausto-ou-Navio-Negreiro%E2%80%9D%3A-inquieta%C3%A7%C3%B5es-para-a-Passos/d803c69cbaad8a5987b4b34242f03163c1af35dc>> Acesso em: 19 jun.2022.

PEREIRA, Ondina P.; ALMEIDA, Tânia M. C.de. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 91-98, ago. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 nov. 2022.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Desinstitute*, 08 de julho de 2021. Disponível em: <<https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiQUIATRICA-brasileira/>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

PORTUGAL, Clarice Moreira; MEZZA, Martin e NUNES, Monica. A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 28, n. 02, e280211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280211>>. Acesso em: 17 out. 2022.

PREFEITURA DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS. Sobre Prefeitura de Santo Antônio de Jesus, c2022. Município. Disponível em: <<https://saj.ba.gov.br/historia/>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

REICHEL, T. J., *O processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar sob o olhar da Psicanálise*. 2008. 133f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2883/TaisJochimsReichelPsicologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 nov. 2022.

RINALDI, Doris Luz; LIMA, Maria Cândida Neves de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 dez. 2022.

RINALDI, Doris Luz e BURSTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005>. Acesso em 25 nov. 2022.

RINALDI, Doris Luz. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2015, v. 20, n. 2, pp. 315-323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ROCHA, Rodrigo. *Dos Manicômios à Reforma Psiquiátrica: Uma revisão histórica dos movimentos da Saúde Mental*. Orientador: Renato Lima. 2017.65f. TCC (Graduação)-Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6924/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20-%20TCC.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

SECRETARIA DE CULTURA-SECULTBA. *Divisão Territorial da Bahia*, 21. Recôncavo, 2007. Disponível: <http://www.cultura.ba.gov.br/arquivos/File/01_divisao_territorial_2/21_reconcavo.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 2019, v. 23, e170627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170627>>. Acesso em: 25 nov.2022.

SILVA, Ailton Pereira da et al. “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Revista de Psicologia [online]*. 2019, v. 31, n. 1, pp. 2-10. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i1/5517>> Acesso em: 13 nov. 2022.

TÃNO, Bruna Lidia e MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2019, v. 29, n. 01, e290108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>>. Acesso em: 13 nov. 2022.

TRAJANO, M. P.; BERNARDES, S. M.; ZURBA, M. do C. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 10, n. 25, p. 20-37, 2018. DOI: 10.5007/cbsm.v10i25.69600. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69600>>. Acesso em: 6 jun. 2022.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 113- 160. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre , v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 22 jul. 2022.