



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

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

DAIANA DOS SANTOS SILVA

Santo Antônio de Jesus - BA

2023

DAIANA DOS SANTOS SILVA

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

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

**Orientador:** Profº. Drº. Rafael Coelho Rodrigues.

Santo Antônio de Jesus - BA

2023

Dedico este trabalho a Deus, a Mainha, Mãe Tonha e aos meus filhos João e Vicente, minha base e maior referência de amor.

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.

Josué 1:9


# FOLHA DE APROVAÇÃO

## **Intensificação de cuidados a uma usuária em sofrimento psíquico grave: 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: 21/11/2023 19:16:02-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Drº. Rafael Coelho Rodrigues – ORIENTADOR**


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

Documento assinado digitalmente  
 **NUBIA DOS REIS PINTO**  
Data: 22/11/2023 09:08:07-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**MSc. Nubia dos Reis Pinto – Avaliadora 1**

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

Documento assinado digitalmente  
 **VALERIA RODRIGUES FERREIRA**  
Data: 21/11/2023 21:51:37-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Valéria Rodrigues Ferreira – Avaliadora 2**

**Psicóloga (UFRB)**

Santo Antônio de Jesus - BA

2023

## AGRADECIMENTOS

Ao longo de minha jornada, tive a oportunidade de conhecer pessoas incríveis, que me ajudaram a crescer e a aprender. Nesse processo tive vários encontros, uns com longa duração e outros nem tanto, mas com certeza contribuíram de alguma forma para o meu desenvolvimento. Primeiro gostaria de expressar a minha gratidão a Deus, por ter me dado sabedoria e discernimento para conduzir a minha trajetória acadêmica. Sei que não seria nada sem a Sua bênção.

Sou grata pela minha família, Papai (in memoriam), Mainha e Mãe Tonha, que sempre me apoiaram e me incentivaram incondicionalmente. Aos meus irmãos(ãs), cunhadas e sobrinhos(as), obrigada por todo carinho e palavras de ânimo, essa conquista é nossa! Em especial agradeço a minha irmã Lú, que sempre foi a minha maior rede de apoio e acolhimento durante esse processo.

Agradeço ao meu esposo Gilmar, e aos meus filhos João e Vicente, que sempre estiveram ao meu lado e ao longo desses anos seguraram a minha mão e caminharam juntos comigo. Vencer essa etapa acadêmica foi mais leve por tê-los sempre presente, o amor que nos une sempre foi o nutriente necessário para que eu pudesse seguir em busca da realização desse sonho.

Agradeço também aos meus amigos(as), que estiveram comigo ao longo desses anos, Deise, Viny, Carlinha, Lane, Ray, Zetinha, Sirlene e Dezinha, sou muito grata por cada palavra de incentivo, amor e afeto, vocês iluminam minha vida.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família do Amparo, em especial a Leia, Ritinha Concinha, Gil, Jú, Rafa, Nete, Meire e Adiar, nossos laços transcendem o ambiente de trabalho, como sempre dizemos, somos uma família. Muito obrigada de todo o meu coração pelo cuidado e parceria diária, vocês com certeza fazem parte dessa conquista.

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e ao corpo docente dessa instituição, obrigada por me proporcionar as ferramentas necessárias para a minha formação acadêmica e profissional. Em especial agradeço ao meu professor e orientador Rafael Coelho, por acreditar e confiar em mim, por todo comprometimento e dedicação ao longo desse processo.

Por fim, quero agradecer a todos(as) que, de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho. O apoio, amor, carinho e oração de vocês foram essências para a finalização dessa etapa. Finalizo agradecendo mais uma vez a Deus por sua bênção e presença constante em minha vida.

*"O conhecimento é construído a partir da  
experiência."*

*Jean Piaget*

SILVA, Daiana dos Santos. **Intensificação de cuidados a uma usuária em sofrimento psíquico grave**: um relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Psicologia. 24 fls. Santo Antônio de Jesus, BA: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2023. Orientador: Drº. Rafael Coelho Rodrigues.

## RESUMO

Este estudo descreve uma experiência de estágio no qual foi realizado um acompanhamento a uma usuária em sofrimento psíquico grave, credenciada a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Durante o acompanhamento, devido a gravidade do caso, foi construída uma estratégia de intensificação de cuidados, buscando promover o cuidado em saúde mental em liberdade e no território de vida da usuária, como preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira. Diversas modalidades de cuidado foram utilizadas, com especial importância o Acompanhamento Terapêutico (AT). Tal oferta de cuidado resultou em consideráveis melhorias na qualidade de vida da usuária, possibilitando maior autonomia e redução dos sintomas psicopatológicos. O estudo ressalta a importância da intensificação de cuidados a pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, em liberdade, com trabalho em equipe e colaboração interprofissional, com utilização da rede intersetorial junto aos serviços pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Palavras-chave: intensificação de cuidados; saúde mental; políticas públicas; acompanhamento terapêutico.

SILVA, Daiana dos Santos. **Intensification of care for a user in severe psychological distress**: an experience report. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Psicologia. 24 fls. Santo Antônio de Jesus, BA: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2023. Orientador: Drº. Rafael Coelho Rodrigues.

### **ABSTRACT**

This study describes an internship experience in which a user in severe psychological distress was monitored, accredited at a Psychosocial Care Center (CAPS) II. During follow-up, due to the severity of the case, a care intensification strategy was constructed, seeking to promote mental health care in freedom and in the user's territory of life, as recommended by the Brazilian psychiatric reform. Various care modalities were used, with special importance being Therapeutic Monitoring (TA). This provision of care resulted in considerable improvements in the user's quality of life, enabling greater autonomy and reduction of psychopathological symptoms. The study highlights the importance of intensifying care for people in severe and persistent psychological distress, in freedom, with teamwork and interprofessional collaboration, using the intersectoral network with services belonging to the Psychosocial Care Network (RAPS).

**Keywords:** intensification of care; mental health; public policy; therapeutic monitoring.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

RAPS	Rede de atenção psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
AT	Acompanhamento Terapêutico
USF	Unidade de Saúde da Família
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. MÉTODO.....	12
3. DESCRIÇÃO DO CASO .....	13
4. RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	20
6. REFERÊNCIAS.....	22

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira representou uma significativa mudança no paradigma do atendimento em saúde mental no país, substituindo o antigo modelo manicomial caracterizado por internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, por um modelo comunitário, baseado na criação de uma rede de serviços e na promoção da reabilitação psicossocial (Quinderé; Jorge; Franco, 2014; Rosana, 2019).

O modelo manicomial, historicamente associado à segregação, violência e desrespeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais começou a ser questionado a partir dos anos 1970, em meio ao processo de redemocratização do Brasil. Nesse contexto, profissionais de saúde mental lideraram um movimento que defendia a implementação de alternativas aos hospitais psiquiátricos (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Costa, 2005).

A Lei de Saúde Mental de 2001 desempenhou um papel fundamental na consolidação da Reforma Psiquiátrica, ao estabelecer diretrizes para a criação de uma rede de atenção psicossocial (RAPS). Essa rede é composta por diversos serviços comunitários, incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e, residências terapêuticas. (Almeida, 2019; Delgado, 2011).

A RAPS tem como principais objetivos a desinstitucionalização, visando a redução das internações em hospitais psiquiátricos e a promoção da reabilitação psicossocial, focada na autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica brasileira ainda está em desenvolvimento, mas já demonstrou resultados positivos, como a redução do número de internações em hospitais psiquiátricos e a ampliação do acesso a serviços de saúde mental (Lima; Guimarães, 2019; Moreira; Onocko-Campos, 2017).

Embora seja inegável o compromisso com a garantia de direitos humanos para sujeitos oprimidos a partir da categoria “louco”, houve baixa participação da sociedade civil no processo de construção da agenda da Reforma Psiquiátrica, sendo essa delimitada restritamente por profissionais do campo da saúde mental, como Campos (2019) pontua:

Apesar de que a nouvelle familiar da Reforma Psiquiátrica destaque os movimentos de usuários e de trabalhadores como fundantes e importantes, estes movimentos não conseguiram se espalhar pelo Brasil afora e a Reforma foi impulsionada como política pública de saúde e não como reivindicação da sociedade civil.

Embora o compromisso com os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais seja inegável, é importante destacar que a participação da sociedade civil na formulação da agenda da Reforma Psiquiátrica foi limitada, predominantemente liderada por profissionais de

saúde mental. No entanto, a Lei nº 10.216/2001 estabeleceu a base para a criação da RAPS, composta por uma variedade de serviços voltados para a garantia dos direitos anteriormente negados e para a reintegração social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Isso inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o programa De Volta para Casa, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os centros de convivência e os centros de geração de renda (Campos, 2019; Almeida, 2019).

Antes da implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o modelo de assistência em saúde mental estava enraizado em uma abordagem sanitarista, que por sua vez, tinha como foco principal a supressão das doenças. Esse paradigma tradicional abordava as doenças mentais como condições estritamente médicas, o que levava os indivíduos a se definirem com base em seus diagnósticos clínicos. No entanto, a Reforma Psiquiátrica trouxe uma mudança significativa na perspectiva em relação à compreensão da loucura. Ela promoveu a ideia de que a centralidade na patologia deveria ser substituída por uma abordagem que considerasse a dimensão da experiência da loucura (Batista, 2014; Leão, 2022).

Ao longo dos anos de implementação da política de Reforma Psiquiátrica, ocorreram transformações epistemológicas substanciais no modelo de cuidado em saúde mental. A rede de saúde mental desenvolveu estratégias de assistência que demonstraram ser mais eficazes do que a tradicional internação psiquiátrica (Almeida, 2019). Essas transformações refletiram a nova abordagem que reconhecia que a compreensão da loucura e do indivíduo em situação de crise deveria ser baseada na dimensão da experiência. Essa mudança de paradigma também impactou no processo de intervenção, à medida em que a crise passou a ser vista como um resultado multifatorial, emergindo de um contexto social que causava profundo sofrimento psicológico em indivíduos com transtornos mentais graves (Dimenstein *et al.*, 2010).

Dessa forma, se faz necessário avaliar os efeitos de novas condutas do fazer do/da psicólogo/a que corroboram com os princípios da reforma psiquiátrica e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da política nacional de saúde mental. Após “uma brutal reversão da política exitosa prescrita em Lei, que necessita o incremento de novos recursos para torná-la mais potente e resolutivo.” (Pitta; Guljor, 2019), é importante questionar e estender de que forma o fazer clínico da psicologia pode contribuir para a efetivação da reforma psiquiátrica.

Desta forma, esse relato de experiência se concentra na estratégia de intensificação de cuidados a pessoas em sofrimento psíquico grave, através de práticas como a do acompanhamento terapêutico de uma usuária vinculada a um CAPS II, contribuindo para o cuidado em liberdade e no território de vida da usuária acompanhada. Com este estudo,

realizado, busca-se contribuir com a produção de conhecimentos científicos que demonstrem a eficácia e resolutividade da clínica da atenção psicossocial, condizente com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e do SUS.

## **2. MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência a partir do estágio supervisionado específico I e II. A experiência relatada neste texto versa sobre o acompanhamento de uma usuária credenciada no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), que fica localizado no bairro São Benedito, na cidade de Santo Antônio de Jesus (BA), e, que atende pessoas maiores de 18 anos em sofrimento psíquico grave e persistente. Nesse caso, o foco recai sobre a experiência do estágio específico do curso de Psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, voltada para a intensificação do cuidado em saúde mental e condizente com a perspectiva da atenção psicossocial, realizado durante o período de 01/02/23 até 31/10/23, totalizando 08 meses.

De acordo com Bondia (2002, p. 21), “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. Dessa maneira, o relato de experiência é uma estratégia valiosa para compreender profundamente os aspectos práticos e contextuais de determinada situação, pois ele permite a descrição detalhada da realidade vivida, ou seja, das situações observadas, interações estabelecidas com os usuários e dos aprendizados adquiridos.

A análise dos dados adotou uma abordagem qualitativa, e, através dessa análise complicados através de registros do período do acompanhamento a usuária em um diário de campo, contendo as interações e observações com a usuária, sensações, pensamentos e angústias da estagiária, em tempo real, conforme a experiência foi ocorrendo. Através desse método, também foi possível capturar nuances e detalhes que poderiam passar despercebidos em momentos futuros.

Durante a experiência no acompanhamento, a utilização do diário de campo permitiu registrar não apenas as atividades formais do estágio, mas também as interações informais, os desafios enfrentados, as reflexões pessoais e as mudanças de perspectiva ao longo do tempo. Isso agregou profundidade e autenticidade à narrativa, proporcionando uma visão mais integral da vivência e contribuindo para uma análise mais contextualizada dos resultados.

### 3. DESCRIÇÃO DO CASO

M.B.S. é uma mulher negra de 44 anos, heterossexual, com formação em curso técnico de enfermagem, embora atualmente não exerça a profissão. Ela reside em Santo Antônio de Jesus-BA, com seu companheiro, tem duas filhas adolescentes de um relacionamento anterior, que vivem com seu ex-parceiro em outra cidade. Seu prontuário no CAPS registra o diagnóstico atual de Transtorno Afetivo Bipolar (CID 10: F31).

Ela estava sob prescrição e orientação para o uso das seguintes medicações: Carbolitium 300mg (2-0-2), respiridona 3 mg (1-0-1), akineton 2mg (1-0-0), clonazepam 2mg (0-0-1), e clopixonol depot (01 ampola I.M a cada 21 dias). M.B.S. iniciou o atendimento no CAPS no mês de junho de 2021, quando se mudou de Valença para Santo Antônio de Jesus, buscando escapar de conflitos familiares conturbados, particularmente com seus pais. Sua irmã, que reside nos Estados Unidos, é sua principal fonte de apoio financeiro e emocional, que foi quem optou pela mudança de M.B.S. para Santo Antônio de Jesus na esperança de reduzir os conflitos familiares e manter um acompanhamento regular no CAPS.

M.B.S. enfrentou múltiplas formas de violência em sua vida, principalmente durante seu casamento com o pai de suas filhas, incluindo violência doméstica. Após o nascimento da sua segunda filha em 2014, segundo ela, experimentou depressão pós-parto e começou a sofrer intensamente de problemas psíquicos. Isso resultou na separação, perda da guarda de suas filhas e mudança para a casa de seus pais. Apesar disso, ela mantém um relacionamento afetuoso com suas filhas e se comunica com elas regularmente por meio de chamadas de vídeo e visitas mensais.

Durante a maior parte do tempo do acompanhamento realizado com M.B.S., ela estava em um relacionamento amoroso com um parceiro que faz uso de substâncias psicoativas ilícitas caracterizado por episódios de violência e abuso, colocando sua vida em risco. M.B.S. também tem um histórico de mudanças frequentes de residências, devido a conflitos com vizinhos e proprietários, frequentemente causados pelo sofrimento psíquico. Ela estava buscando obter o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em razão da sua dificuldade em trabalhar por ter suas habilidades afetivas comprometidas. Ao longo de sua vida, M.B.S. passou por momentos de intensificação de sofrimento psíquico, resultando em agudização de sintomas, levando ao início dos atendimentos no Estágio em um desses momentos críticos.

#### 4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

No que se refere às experiências é entendido, através de Bondía (2002), que está associada aos aprendizados, dito isso, é importante salientar que só são possíveis por meio de trocas, seja elas de vivências, saberes ou informações. O sujeito da experiência é visto como a pessoa que permite acontecimentos, que está disposto a compartilhar com o outro e com o mundo. Essa interação permite que haja desenvolvimento e esses desenvolvimentos dependem especialmente da qualidade dos vínculos formados, no entanto, é preciso enfatizar que a experiência é algo singular, sendo assim, mesmo que duas pessoas passem por determinado acontecimento, ambas podem vivenciar experiências diferentes.

Ainda sobre a necessidade de experienciar para vincular-se, entende-se que a construção do vínculo requer tempo, visto que a experiência de acordo com Bondía (2002, p.24 ):

[...] requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade suspender o automatismo da ação, cultivar atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p.24).

O vínculo pode ser compreendido como a construção de relações afetivas e de confiança, sendo elas desenvolvidas ao longo do tempo entre o usuário e o trabalhador da saúde, o que viabiliza o aprofundamento da corresponsabilização, que carrega em si, um potencial terapêutico. Baseado nisso, os atendimentos foram iniciados priorizando a vinculação com a usuária.

Inicialmente, a usuária demonstrou resistência, levando-me a concentrar esforços na construção e fortalecimento de laços, através de escuta e acolhimento. Ao longo do processo de cuidado, observei que a nossa conexão foi se estabelecendo e conforme a usuária foi se sentindo mais confortável, começou a compartilhar questões delicadas em relação às suas experiências de violência e sofrimento.

A usuária compartilhou sobre uma "primeira crise" que experienciou durante o processo de separação, a qual acarretou até mesmo na tentativa de suicídio. A partir desse fato, viu-se obrigada a se afastar de suas filhas, perdendo eventualmente a guarda delas, o que agravou ainda mais seu sofrimento.

Um dos efeitos positivos da nossa vinculação foi que tive acesso a informações mais fidedignas em relação ao caso. Um exemplo disso foi quando uma profissional do serviço a perguntou se M.B.S estava fazendo o uso das medicações, como estava prescrito, e ela disse que sim, no entanto, ela confessou pra mim que não estava seguindo as orientações, e que estava fazendo uso de algumas medicações e outras não.

A importância da vinculação com a usuária foi notável, uma vez que ela serviu como alicerce para todo o processo de cuidado. A partir do vínculo foi possível fazer com que a usuária se envolvesse no seu processo de tratamento e buscasse apoio e cuidados adicionais, como por exemplo, idas que foram feitas durante o acompanhamento terapêutico nas Unidades de Saúde da família, afim de fazer atualização da caderneta de vacinação, assim como também a realização de alguns exames laboratoriais.

Nessa perspectiva, o vínculo ocorre em uma relação de simetria, em que não há espaços para encontro com um “objeto”, alvo de intervenção, mas para o encontro entre sujeitos singulares e diferentes (Seixas *et al.*, 2019).

Estes elementos aproximam-se do conceito ferramenta “usuário-guia” que resgata a centralidade da experiência vivida pelo usuário, tornando-o cofabricante do cuidado, na medida em que o mesmo aponta os sentidos que devem ser dados às práticas em saúde (Seixas *et al.*, 2019). Assim, a própria noção de cuidado é percebida a partir da produção com o outro, observando possibilidades de alteração dos processos que originam sofrimentos e/ou problemas (Pasche; Passos; Hennington, 2011).

Ademais, estabelecer essas relações implica em conhecer e se aproximar da história de vida da/o usuária/o e do território em que se insere (Seixas, *et al.*, 2019). Nesta perspectiva, apostar no vínculo envolve construir uma clínica capaz de reconhecer as singularidades e diferenças (algum desses exemplos são: raça, gênero, classe, orientação sexual, religião, território, modos de ser e estar no mundo) das pessoas acompanhadas. Dito isso, quando essas especificidades são reconhecidas, a doença ou transtorno desloca-se do lugar de centralidade, abrindo espaço para um sujeito.

Consolidar relações e práticas a partir deste deslocamento é um grande desafio se considerarmos que a psiquiatria como “um campo de efetivação do projeto neoliberal” (Neves, *et al.*, 2020, p.166), reformulou a noção de transtorno mental, mudou a relação das pessoas com o sofrimento psíquico e produziu novas subjetividades. Desse modo, o neoliberalismo tem produzido formas de vida, modos de falar, relacionar, trabalhar e desejar, além de produzir formas de nomear o sofrimento e de “cuidar” caso haja, as quais estão baseadas na individualização e despolitização das práticas (Neves, *et al.*, 2020). Assim, o vínculo convoca



a elaboração de possibilidades que extrapolem o lugar tradicional construído para psicologia e que rompam com processos de medicalização e psicologização da vida.

O estágio visava intensificar cuidado a usuários(as) com sofrimento psíquico grave e persistente, em liberdade e condizente com a perspectiva da atenção psicossocial. Uma das estratégias clínicas utilizadas nesse sentido é o AT (Acompanhamento Terapêutico), prática esta que foi aplicada durante a minha experiência no estágio ora relatado.

O AT é um tipo de atendimento clínico caracterizado pela prática de saídas pela cidade ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais, essas práticas tem a intenção de se montar um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico. O profissional, acompanhante terapêutico, não está atrelado a uma profissão em particular, mas necessita de qualificação específica para exercício dessa prática profissionalmente (Pitiá; Santos, 2005; Berger, 1997). O AT desempenha um papel importante na integração de projetos assistenciais centrados na atenção psicossocial, afastando-se de abordagens asilares de tratamento e alinhando-se à proposta da Reforma Psiquiátrica e Sanitária (Acioli; Amarante, 2013).

No contexto da atenção psicossocial, conforme destacado por Yasui, Luzio e Amarante (2018), são incorporadas práticas diversas que resultam de diálogos entre diferentes saberes, desconstruindo os fundamentos do modelo médico centrado e promovem políticas e estratégias variadas para o cuidado e a saúde.

Durante o acompanhamento terapêutico, observei que a usuária passou a investir mais em seu autocuidado e autonomia, além de irmos a Secretaria de Assistência Social, buscando resolver questões relacionadas ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), e ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realizar exames de testes rápidos, tendo em vista que a usuária trouxe a informação de que o seu companheiro possivelmente era soropositivo. Também buscamos outros serviços de saúde, incluindo a Unidade de Saúde da Família (USF) para fazer atualização da sua caderneta de saúde, exames laboratoriais e encaminhamentos para oftalmologista e angiologista.

No decorrer do acompanhamento terapêutico, a usuária não apresentou sintomas tão graves do seu sofrimento psíquico, como em momentos anteriores de sua vida, quando passou por situações conturbadas, e, embora tenha enfrentado momentos delicadas, ela conseguiu lidar com essas adversidades, o que ressalta a importância do AT. Isso demonstra como o acompanhamento terapêutico contribui para consolidar conhecimentos práticos e habilidades. Desenvolvendo uma clínica de atenção psicossocial que proporciona abertura para que os

usuários exerçam sua cidadania, assumam corresponsabilidade pelo processo de cuidado, alcançando maior protagonismo e autonomia. E evidenciando, ainda, a eficácia do trabalho na clínica da atenção psicossocial como colaborador nesse processo de autonomia e corresponsabilização do indivíduo.

Silva (2007, p. 40) define a intensificação de cuidados em saúde mental como:

[...] um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade.

Diante desse entendimento, foram adotadas algumas estratégias clínicas para intensificar o cuidado. Inicialmente, os atendimentos ocorriam semanalmente, no entanto, devido à necessidade da usuária e à complexidade do caso, foi ampliado o número de sessões para duas vezes por semana. Outra estratégia desenvolvida foi o acompanhamento terapêutico à usuária em diferentes locais, como já mencionado anteriormente, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Testagem e Acolhimento (CTA), a Secretaria de Assistência Social e a Unidade de Saúde da Família (USF).

Em alguns momentos, também utilizamos o WhatsApp como uma forma adicional de comunicação além dos encontros presenciais. Essa abordagem permitiu que a usuária buscasse apoio, mesmo à distância, nos momentos de sofrimento, tornando-se uma ferramenta valiosa para o acesso ao cuidado. Além disso, o uso desta ferramenta possibilitou a observação e monitoramento do comportamento dela ao longo da semana, em relação às alterações de humor, ou da presença de delírios ou alucinações, auxiliando no processo terapêutico e na identificação de possíveis riscos. Por exemplo, houve episódios em que a usuária entrou em contato de forma inesperada seja por ligação ou por mensagem, o que exigiu intervenções e discussões sobre determinadas situações ou compartilhamentos importantes de sua vida.

Em relação à corresponsabilização da usuária em seu processo de cuidado, trabalhamos juntas na questão da adesão ao tratamento, discutindo como ela usava os medicamentos prescritos, incluindo períodos de uso esporádico, diferente do que havia sido prescrito pelo psiquiatra. A usuária expressou preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos, mencionando momentos de nervosismo e sensação de ficar como um “robô” quando estava fazendo o uso dos medicamentos da forma devida. Dito isso, passei a trabalhar a adesão a medicação semanalmente, destacando a importância do uso adequado dos medicamentos.

Ao longo dos atendimentos, ficou claro o valor da abordagem da clínica psicossocial, que considera uma ampla gama de fatores que compõem a vida do indivíduo, desde aspectos

biológicos até relacionamentos pessoais, familiares, comunitários e institucionais. Essa experiência foi significativa tanto para minha formação profissional quanto pessoal, com destaque para a importância da construção do cuidado em colaboração com a usuária, que desempenhou um papel ativo no processo.

Nesse contexto, a prática de sustentar uma clínica da/na atenção psicossocial, integrando o cuidado em uma rede de apoio e considerando o território, visa promover a saúde com base no protagonismo da usuária. Isso permitiu que ela assumisse um papel ativo em seu processo terapêutico, levando em conta todos os aspectos interseccionais presentes em sua realidade. Portanto, nosso objetivo foi intensificar o cuidado, considerando a usuária de forma holística, abordando não apenas as questões psíquicas, mas também outros aspectos que influenciam sua saúde mental e bem-estar geral. Isso refletiu uma abordagem de cuidados em saúde que não paternalista, mas baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo a cidadania, a corresponsabilidade com a saúde e a autonomia da mesma.

Em relação às práticas de saúde, especialmente às psicológicas, destaco o que Pashe, Passos e Hennington (2011) abordam sobre o concreto nessas práticas, que é apostar na criatividade, no novo, é não idealizar, mas colocar-se ao lado da experiência e dialogar com ela. Assim, é possível a participação de todas as pessoas envolvidas na produção de saúde e a horizontalidade entre os saberes e discursos de quem cuida, que também precisa de cuidado,

A partir do acompanhamento terapêutico realizado em ocasiões de ida da usuária ao CRAS e ao CTA, a mesma relatou que a assistência recebida nesses ambientes era diferente quando estava acompanhada da estagiária. Diante disso, relatou que quando foi sozinha ao CRAS, ficou por horas aguardando, porque segundo ela, ninguém notava a sua presença. Em uma ocasião, tirou a roupa fazendo com que todos a enxergassem e prestassem o atendimento que a mesma desejava.

Nesse sentido, durante o processo de construção do cuidado, percebi diversos atravessamentos interseccionais na vida da usuária. Foi de extrema importância considerar o peso da interação dos marcadores raça, classe, gênero, estigma da loucura e outros na vida de M.B.S., para assim conseguir compreender seu sofrimento de maneira coerente com a sua realidade. Consideramos que ser melhor atendida quando está acompanhada da estagiária pode estar relacionado a esse cruzamento intersseccional que comporta o corpo de M.B.S., uma mulher negra e tida como louca, e socialmente vulnerável.

Batista e orgs. (2012) pontuam ainda que as especificidades na discriminação e no preconceito corroboram para as situações de negligência e irresponsabilidade por parte do poder público, principalmente no que tange ao acesso a uma saúde de qualidade. Diante desse

panorama e talvez sendo ele o principal gerador de desigualdades, o racismo, seja ele interpessoal, estrutural ou institucional, coloca-se como fator fundamental a ser enfrentado com a finalidade de sanar ou diminuir as desigualdades.

Pensar uma política pública que promova a saúde mental implica, portanto, em romper radicalmente com nossas heranças coloniais, com o racismo estrutural, com a lógica manicomial e garantir na prática os princípios fundamentais do SUS, da universalidade, equidade e integralidade. Implica numa revisão profunda na formação dos profissionais de saúde e retorno às bases da educação em saúde que promova o controle social efetivo e que fomenta o encontro respeitoso entre sujeitos e grupos diversos, com atenção às interseccionalidades que nos constituem (Tavares; Filho; Santana, 2020).

Sendo assim, é possível afirmar que o racismo se configura como determinante social de saúde, conforme aponta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009). Com isso, nos conduz a pensar que essa situação de sofrimento contínuo de discriminação se acentua nitidamente na vida da população negra, gerando assim grandes impactos na saúde mental dessas pessoas. Em resumo, esse feixe de processos sociais excludentes e discriminatórios afetam diretamente o modo de viver e sentir, mostrando a relação que existe entre o preconceito e a saúde mental, bem como essa relação leva as pessoas negras ao adoecimento psíquico.

Perante o exposto, as contribuições da abordagem interseccional podem revelar preocupações de suma importância em relação à raça e outros eixos de subordinação. A interseção de raça, gênero e classe pode levar a um resultado diferente do que cada uma dessas características separadamente, um indivíduo pode sofrer desvantagem por causa da presença de mais de um fator ao mesmo tempo, sendo importante também desconsiderar a primazia de uma opressão em detrimento das outras (Crenshaw, 2002; Davis, 2026; Ribeiro, 2016; Smolen, 2016). Desse modo, o gênero assume um papel importante uma vez que, por serem mulheres, as mesmas estão vulneráveis a sofrerem tipos de discriminação específicas, discriminações essas que não aconteceriam se não se tratasse do gênero feminino.

É crucial entender que devido ao racismo institucional e estrutural, a experiência das pessoas negras no sistema de saúde pode ser marcada por desigualdades e preconceitos. Importa destacar o fato de que, por eu ser uma mulher preta, e que em alguns momentos também sinto as dores causadas pelo racismo institucional e estrutural, assim como também tenho a dimensão do quanto isso afeta a minha saúde mental, porém, considero válido também ressaltar que o fato de ser uma estagiária de psicologia, e, estudante de uma Universidade Federal, naquele momento, ao acompanhar uma usuária nos serviços de saúde, eu estava em uma condição de

privilégio, e, que com certeza a minha presença proporcionou um tratamento diferenciado pra aquela usuária, fornecendo-a cuidados mais justos e inclusivos, tendo em vista que ela falou isso pra mim e por várias vezes solicitou que eu a acompanhasse aos serviços de saúde e da assistência.

O atendimento a M.B.S. foi finalizado no dia 10 de agosto de 2023, já que experienciou um término conturbado com o seu companheiro e decidiu ir embora de Santo Antônio de Jesus, retornando para a cidade de Valença, na qual reside seus pais. No entanto, devido a necessidade do caso, eu continuei fazendo o monitoramento através do WhatsApp, e também através de ligações telefônicas, sempre que ela necessitava e solicitava. Recentemente, ela entrou em contato, informando que viria a cidade de Santo Antônio de Jesus, para a realização da perícia médica no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e perguntou se eu poderia acompanhá-la no dia e confirmei que iria. Dessa forma, temos trocado algumas mensagens pelo WhatsApp, e, essas ações demonstram o quanto a vinculação que tivemos e como a experiência do estágio foi significativa pra nós duas. Posso assim dizer e finalizar que foi uma rica vivência e experiência pra ambas as partes. M.B.S, sem dúvidas, deixou em mim saudades, principalmente da sua presença autêntica e sorriso marcante.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O relato de experiência apresentado neste trabalho abordou o acompanhamento terapêutico de uma usuária que vivencia sofrimento psíquico grave em um contexto de complexas interseccionalidades, envolvendo raça, gênero, classe social e estigma da loucura. A partir da prática de cuidado e das reflexões compartilhadas foi possível perceber a relevância do vínculo estabelecido entre a estagiária e a usuária como pilar fundamental no processo.

A importância da vinculação, baseada na construção de relações de afetividade e confiança, só é possível quando há uma relação de simetria de poder entre profissional de saúde e usuária, possibilitando que a usuária seja coautora de seu processo de saúde e bem-estar. Isso reflete a ideia de que a própria noção de cuidado em saúde mental deve ser construída em colaboração com o/a usuário(a), reconhecendo suas singularidades e experiências.

Outras características desta clínica da/na atenção psicossocial podem ser percebidas, tais como a corresponsabilização, o aumento da autonomia e do poder contratual da usuária, o exercício de sua cidadania e do cuidado em liberdade. Evidenciou-se a importância da escuta

sensível e qualificada, do acolhimento (diretriz da humanização do SUS) e do compartilhamento de informações como elementos facilitadores para a consolidação do cuidado em rede, destacando a necessidade de investimentos e suporte social.

No entanto, o acompanhamento terapêutico também revelou desafios significativos relacionados ao racismo estrutural e institucional, que afetou a vida e o cuidado da usuária, uma mulher negra, em situação de vulnerabilidade socioeconômica, corroborando a necessidade de investimentos e a implementação de iniciativas para facilitar a reintegração social e ocupacional de usuários em processo de recuperação.

O presente trabalho demonstra a necessidade da estratégia de intensificação de cuidados para casos de sofrimento psíquico agudo e persistente, sendo necessário para isso, a atuação em equipe e em rede intersetorial, com colaboração interprofissional na promoção da saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Demonstra também a necessidade do reconhecimento fundamental do racismo como determinante social de saúde e sua influência direta na saúde mental da população negra e no cuidado prestado a essa população, como parece ser o caso narrado neste estudo.

Este relato de experiência contribui para a produção de conhecimento na área de saúde mental ao evidenciar a importância do vínculo terapêutico e da abordagem interseccional na compreensão do sofrimento psíquico grave, reforçando a necessidade de repensar as práticas de cuidado em saúde mental, considerando as experiências e identidade da usuária e promovendo a participação ativa da mesma em seu processo terapêutico, como defendido no estudo.

Dessa forma, a reflexão sobre as interseccionalidades e a importância do vínculo terapêutico pode inspirar profissionais de saúde a adotarem uma abordagem mais integral e humanizada no cuidado de usuários(as) que enfrentam sofrimento psíquico grave. A saúde mental é um campo complexo, e a compreensão das múltiplas dimensões que a afetam é essencial para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais efetivas e justas.

A abordagem clínica da/na atenção psicossocial, com foco no protagonismo da usuária na corresponsabilidade pelo processo de cuidado e na autonomia, se mostrou como um caminho promissor para o enfrentamento das desigualdades e discriminações presentes no sistema de saúde. Com isso, este relato busca contribuir para a construção de práticas mais éticas e eficazes no campo da saúde mental, alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, ressaltando a necessidade de investimentos e suporte social para uma abordagem mais humanizada.

## 6. REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, M. de L.; AMARANTE, P. D. de C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 33, p. 964-975, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 129-519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067- 2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. **São Paulo: Edições 70**, p. 229, 2011;
- BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (ORG). Saúde da População Negra. **Petropolis-RJ: Editora D&P Alii**, 2012.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria da MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde da Integral da População Negra. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2009.
- COSTA I. F. Polícia e sociedade: gestão de segurança pública violência e controle social. **BA: EDUFBA**, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523212193>
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>;
- DAVIS, A. Mulheres, raça e classe. **SP: Boitempo**, 2016.
- DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114–121, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso)
- DIMENSTEIN, M. *et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1209–1226, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>
- LEÃO, T. M. Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil. **Universidade de São Paulo**, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.11606/T.6.2018.tde-23042018-141123>
- LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista**

**de Saúde Coletiva**, v. 29, p. 290-310, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 462–474, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>

NEVES *et al.* A psiquiatria sob neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (Org's). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n. 11, p. 4541- 4548, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. 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**, Salvador, n. 246, p. 6-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253–271, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>

RIBEIRO, D. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. **SUR**, n. 24, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

SILVA, M. V. O. A clínica integral: o paradigma psicossocial como uma exigência da clínica das psicoses. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **In-tensa ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses**. Salvador: LEV/FFCH/UFBA, 2007, p. 40-41.

SMOLEN, J. R. *et al.* Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>

TAVARES, J.S.; FILHO, C.A.A.J.; SANTANA, E.F. Por uma Política de Saúde Mental da População Negra no SUS. **Revista da ABPN**, v. 12, n. Ed. Especial –Caderno Temático: “III ANPSINEP -Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es”, p. 138-151, 2020



YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: I life as territory in the field.

**Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>