

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E DIREITOS SOCIAIS: TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E SUJEITO BIOPSICO-POLÍTICO-SOCIAL

*THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT AND SOCIAL RIGHTS:
EXISTENTIAL TERRITORIES AND BIOPSICO-POLITICAL-SOCIAL SUBJECT*

*ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y DERECHOS SOCIALES:
TERRITORIOS EXISTENCIALES Y SUJETO BIOPSICO-POLÍTICO-SOCIAL*

Daniel Dall'Igna Ecker⁽¹⁾

Analice de Lima Palombini⁽²⁾

RESUMO

Este artigo surge da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício de Direitos Sociais (DS) incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras. Subsidiado por registros de experiências de 28 casos clínicos em Acompanhamento Terapêutico (AT), além de documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, dentre outros, focaliza a discussão na relação entre o Acompanhamento Terapêutico, como modalidade da clínica, e o exercício dos Direitos Sociais. A pesquisa analisou o modo como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais e forneceu elementos para pensar como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos, como seres subjetivos. Mediante os resultados, em interlocução com autoras da área, propõem-se três linhas de pensamentos integrados: (1) o AT como via, em ato, de exercício

⁽¹⁾ Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo Clínico no Distrito Sanitário Norte, equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS/ESP/UDESC), Florianópolis, SC, Brasil. daniel.ecker@hotmail.com

⁽²⁾ Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. analice.palombini@ufrgs.br

Esta pesquisa foi financiada por bolsa de doutorado do primeiro autor, concedida pela CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

do Direito Social à saúde; (2) a relação entre território, processos terapêuticos e os DS; e (3) a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Direitos Sociais; atenção psicossocial.

ABSTRACT

This article arises from the doctoral research that aimed to analyze how the exercise of Social Rights (SD) affects the subjective and therapeutic processes in progress, in the Psychology clinic, linked to Brazilian public policies. Subsidized by records of experiences of 28 clinical cases in Therapeutic Accompaniment (TA), in addition to institutional documents, field diary records, images, among others, focuses the discussion on the relationship between Therapeutic Accompaniment, as a modality of the clinic, and exercise Social Rights. The research analyzed how the DS discourse – education, health, food, work, housing, transportation, leisure, security, social security, maternity and childhood protection and assistance to the destitute – emerged in the materials and provided elements to think about how the subjects produce and conduct themselves, in life and in therapeutic processes, as subjective beings. Through the results, in interlocution with authors from the area, three integrated lines of thoughts are proposed: (1) the TA as a way, in action, of exercising the Social Right to health; (2) the relationship between territory, therapeutic processes and SD; and (3) the radicality of the clinic of the biopsico-political-social subject, which the TA practice makes explicit.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; Social Rights; psychosocial attention.

RESUMEN

Este artículo surge de la investigación doctoral que tuvo como objetivo analizar cómo el ejercicio de los Derechos Sociales (DS) afecta los procesos subjetivos y terapéuticos en progreso, en la clínica de Psicología, vinculados a las políticas públicas brasileñas. Subsidiado por registros de experiencias de 28 casos clínicos en Acompañamiento Terapéutico (AT), además de documentos institucionales, registros de diario de campo, imágenes, entre otros, enfoca la discusión sobre la relación entre el Acompañamiento Terapéutico, como una modalidad de la clínica, y el ejercicio Derechos sociales. La investigación analizó cómo el discurso de DS (educación, salud, alimentación, trabajo, vivienda, transporte, ocio,

seguridad, seguridad social, protección de la maternidad y la infancia y asistencia a los indigentes) surgió en los materiales y proporcionó elementos para pensar cómo los sujetos producen y conducense, en la vida y en los procesos terapéuticos, como seres subjetivos. A través de los resultados, en la interlocución con los autores del área, son propuestas tres líneas de pensamientos integradas: (1) el AT como una forma, en acción, de ejercer el Derecho Social a la salud; (2) la relación entre territorio, procesos terapéuticos y DS; y (3) la radicalidad de la clínica del sujeto biopsico-político-social, que la práctica de TA hace explícita.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico; Derechos Sociales; atención psicosocial.

Introdução

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
Art. 6º – São Direitos Sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), na esteira da Reforma Sanitarista no Brasil (RSB), questionando práticas que compreendem o sofrimento psíquico sob um viés enfaticamente biologicista e medicamentoso, consagrou, no campo da Psicologia e da saúde mental, uma clínica do cuidado baseada na noção de saúde integral, biopsicossocial, onde o adoecimento teria origem multifatorial. Com cunho político-social, enquanto atenção psicosocial, o sofrimento psíquico passou a ser compreendido, também, como efeito de uma determinada conjuntura social, ou seja, a partir de elementos sócio-históricos, políticos e territoriais (Ecker, 2020).

Ampliar a noção de saúde inseriu, então, os diferentes Direitos Sociais (DS) – educação, trabalho, lazer, moradia, transporte, alimentação, dentre os outros – como elementos inerentes a uma constituição subjetiva cidadã, modificando as políticas, teorias e estratégias para a produção de saúde no país (cf. Lei Federal nº 8.080, de 1990, e Lei Federal nº 10.216, de 2001). O adoecimento, sob um olhar multifatorial, teria nas práticas de cuidado integral o reconhecimento do trabalho no território, da importância da intersetorialidade das políticas públicas e da atuação dos profissionais operando em rede como elementos que contribuem para a perspectiva da desinstitucionalização, bem como na Estratégia de Atenção Psicosocial (EAP) (Severo & Dimenstein, 2011).

O Acompanhamento Terapêutico (AT), como dispositivo clínico que incide na produção de subjetividades a partir dos territórios em que vivem e circulam as(os) usuárias(os), acompanha o movimento de transformação das abordagens em saúde, apresentando-se em conformidade com os princípios da RPB e do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatizando uma clínica situada social e historicamente, as terapêuticas do AT se delineiam não apenas pelas conexões com a rede intersetorial de serviços e com as políticas públicas territorializadas, mas, também, pelo modo como o AT se relaciona com a vida daqueles a quem atende. Adentrando nas casas, “pelos ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas” (Palombini, 2017, p. 14), acompanha as diferentes demandas em saúde mental na complexidade cotidiana da vida, possibilitando uma atenção psicossocial. Embora a prática do AT não seja prerrogativa dos profissionais da Psicologia, mantém proximidade e afinidade com a clínica psicológica no seu sentido ampliado, condizente com a perspectiva da RPB e do SUS.

Nesse panorama, este texto surge da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras¹. Subsidiado por registros de experiências de 28 casos clínicos em Acompanhamento Terapêutico, além de documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, dentre outros, focaliza a discussão na relação entre o AT e o exercício dos DS, buscando mapear como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais de pesquisa e forneceu elementos para pensar o modo como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos, como seres subjetivos. A noção de subjetividade e de sujeito aqui utilizada é compreendida como resultado de um processo de produção de si que ocorre na relação com o coletivo, que é sempre histórico e determinado por múltiplos vetores – biológicos, individuais, familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, dentre outros –, compondo um território existencial (Ministério da Saúde, 2010).

A clínica do Acompanhamento Terapêutico: território, políticas públicas e Direitos Sociais

Priorizando processos terapêuticos nos contextos comunitários de vida, a clínica do AT favorece a produção de modos de ser e estar no mundo distintos daqueles fabricados em instituições de tratamento fechadas (Palombini, 2008).

Deslocando da centralidade de tratamentos com foco em diagnósticos psiquiátricos, para além das fronteiras institucionais, acompanha a circulação das(os) usuárias(os) pela cidade, no território, superando espaços delimitados por paredes, destinados, historicamente, a quem possui alguma forma de adoecimento psíquico. Compreendendo que a produção de saúde se constitui não na reclusão e confinamento, mas na circulação e liberdade, o AT, também referido como uma clínica em movimento (Palombini, 1999), possibilita uma terapêutica cambiante e múltipla, que reinventa formas de produzir saúde por meio (e com) elementos do cotidiano (Palombini, 2008).

Ao considerar as tramas possíveis que emergem na cidade e naquilo que se compreende como os “espaços públicos”, o AT tem como matéria da clínica discursos – gestos, ações, intervenções, documentos, imagens, objetos, instituições, políticas, saberes, formas de organização social, dentre outros –, operando no tempo presente da experiência terapêutica. Os discursos, como efeito daquilo que se produz no social, colocam o desafio de se pensar as demandas dos acompanhados diante de algo que também se impõe pela via do público, no inesperado da vida. Assim, ao efetivar deslocamentos pela cidade e por territórios, o AT oferta aos usuários e usuárias a transição por diferentes discursos, espaços físicos e grupos populacionais, operando como ferramenta clínica na construção ou reconstrução de laços sociais, territoriais e familiares (Veloza & Serpa Júnior, 2006).

Aos profissionais que trabalham como Acompanhantes, o cenário terapêutico do AT requer transformações nas posturas previamente apreendidas pela formação profissional, já que a clínica do AT não se situa em cenários antecipadamente montados que permitem atitudes padrão, previsíveis e controladas (Palombini, 2008). A produção de processos terapêuticos em meio à cidade induz conexões inusitadas, que enlaçam os sujeitos a novos modos de vida, novas reações, comportamentos e subjetividades. Ao transitar por múltiplos lugares e serviços, incluindo o acesso a políticas públicas, exercício de direitos e serviços da rede intersetorial, o AT contribui, no tempo presente, com conexões ao espaço urbano interconectando o(a) acompanhado(a) dentro e fora das instituições (Palombini, 2008).

A circulação no território e a inclusão pelo território constituem marcas da clínica ampliada do AT, que usufrui da territorialidade como campo do cuidado, do exercício da liberdade, cidadania e de direitos. Considerar o contexto em que o sujeito está inserido, com uma perspectiva político-social, situa os processos psíquicos e o adoecimento sob paradoxos e ambiguidades que envolvem os dispositivos estatais – as políticas públicas – constituídos para o esquadramento da população em uma perspectiva territorial. Cadastros, fichas de acompanhamen-

to, visitas domiciliares, regiões de pertencimento, formas identitárias (gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos, homens violentos, entre outras), mapas das famílias e mais incluem a população em práticas de controle pelas políticas públicas e passam a fixar e segmentar os usuários à medida que o Estado adentra no território (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Para Hillesheim & Bernardes (2014), a noção de território das políticas ainda permanece restrita a um recorte geográfico e não a uma perspectiva de território existencial, que as autoras enfatizam como *território existencial subjetivo*. O que a política compreende como geográfico, transmuta-se no direcionamento dos modos de circulação, de habitar e de ser, que expropriam, impedem de circular, produzem sentimentos de pertença ou de identificação sobre aqueles que habitam determinado recorte espacial. Assim, considerar o território como espaço subjetivo e de relações sociais é evidenciar a complexidade da dinâmica territorial: uso dos recursos de um território, compreensão das migrações, crescimento demográfico, desigualdades regionais, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos e conflitos que compõem as condições socioespaciais e operam em um determinado local (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Para a Psicologia, como para as demais profissões no campo do cuidado à saúde, a noção de território se faz presente na prática de garantia do DS à saúde, orientando o modo de organização de um dos pontos altos da política públicas de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cf. Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011). Essa política se fundamenta na ideia de território e territorialidade amparada pela Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (2001), considerando os diferentes setores da vida de usuárias e usuários, incluindo o contexto sócio-histórico e territorial, para a formulação das práticas de cuidado e dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A relação saúde-transtorno, nessa perspectiva, torna-se mais ampla e complexa do que relativa apenas a um organismo individual. O cuidado, assim, abrange uma perspectiva ampliada e integral de saúde, sob princípios de um tratamento humanizado (Ministério da Saúde, 2015).

Esse panorama permite pensar que os DS, como cláusulas pétreas do estado democrático de direito no Brasil, são inerentes à produção de uma saúde mental integral – humana, justa e equânime –, em que cuidado, exercício da liberdade, da cidadania e de direitos tornam-se subsídios para a produção de uma vida digna. Para Silva (1999), as políticas públicas de garantia dos DS permitiriam o gozo dos direitos individuais no Brasil na “medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade”

(p. 289-290). Para Hullen (2018), os DS são utilizados como parâmetros na discussão sobre o tema da cidadania, especialmente, considerando que a ideia de cidadania se intensifica após a Constituição de 1988 pela premissa de que sua garantia está relacionada a “uma sociedade que busca cada vez mais a autonomia de seus integrantes” (p. 215).

Desse modo, uma vez que as políticas públicas têm por função melhorar as condições de vida da população – produzindo subjetividades autônomas por meio da equalização de situações sociais desiguais (Silva, 1999) –, compreende-se que o exercício dos DS é um sólido valor coletivo para a produção de saúde na prática da Psicologia. Nessa perspectiva, torna-se importante refletir sobre como o exercício de DS incide na vida dos sujeitos e em seus processos terapêuticos.

O cenário da pesquisa e dos dados clínicos

Os dados de pesquisa, de abordagem qualitativa (Minayo, 2007), derivaram de dois projetos de extensão vinculados a duas universidades públicas brasileiras: o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e o projeto de extensão Acompanhamento Terapêutico: Clínica e Criação na Cidade, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)². Ambos atendem em Acompanhamento Terapêutico a usuários e usuárias encaminhados pela rede pública municipal ou intersetorial de saúde, constituindo espaços de formação clínica no contexto das redes de atenção psicossocial, voltada para estudantes de graduação em Psicologia, residentes multiprofissionais de saúde e profissionais de Psicologia e áreas afins.

A coleta dos dados ocorreu mediante dois procedimentos realizados simultaneamente. O primeiro efetuou-se na forma de registros em diário de campo (Falkembach, 1987) sobre os relatos dos casos clínicos acompanhados em ambos os projetos de extensão (da UFRGS e da UFSC). Os registros ocorreram, semanalmente, de agosto de 2016 a junho de 2019, totalizando quase três anos de coleta de dados. Como material complementar ao diário de campo, utilizaram-se dados do Programa ATnaRede da UFRGS, dentre eles fichas com os dados dos ATs, cadernos de atas das reuniões em que os casos em AT eram discutidos, relatórios técnicos, cartazes, desenhos, anotações dos(as) Acompanhantes e outros materiais obtidos a partir dos Acompanhamentos. O segundo procedimento se deu pelo registro de experiências que remeteram à atenção psicossocial e ao contexto sócio-histórico brasileiro: imagens, documentos, relatos, dentre outros, que envolvessem o tema da saúde mental no Brasil.

Os dados foram organizados visando a evidenciar relações possíveis entre questões subjetivas e terapêuticas de usuários(as) dos serviços de saúde mental e o exercício dos DS. Para a apresentação de recortes dos casos clínicos, utilizou-se a formulação de narrativas escritas, as quais permitiram incluir na apresentação dos dados de pesquisa a dimensão da relação, na prática terapêutica, entre acompanhante e acompanhado(a) (Rocha & Palombini, 2017). Tais narrativas, mesmo quando construídas de forma dialógica, são uma produção do primeiro autor deste artigo a partir dos diários de campo, não expressando a transcrição literal de diálogos, mas a contração de seus núcleos argumentais. Conjuntamente, como estratégia complementar à construção das narrativas, organizaram-se algumas das informações dos casos clínicos utilizando a ferramenta do Genograma e do Eco-mapa. Esses instrumentos têm sido utilizados por profissionais de diversas áreas, por contribuírem para a compreensão dos processos estruturais, emocionais e afetivos das relações familiares, das interações entre seus membros e fora dela, avaliando a complexidade e dinamicidade das relações sociais (Filizola et al., 2003; Mello et al., 2005; Ecker & Palombini, 2020).

A análise dos dados buscou situar o domínio da experiência terapêutica com sua sócio-historicidade, visando a compreender como se estabelecem arranjos entre governo, verdade e sujeito (Hüning & Guareschi, 2009) no campo da atenção psicossocial pelo AT. Assim, propôs-se mapear como o discurso dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais de pesquisa e forneceu elementos para pensar o modo como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos. Tomamos como referência, aqui, o que nos ensina Foucault (2010), para quem a relação dos sujeitos consigo mesmos, numa época específica, torna-se importante na medida em que evidencia verdades, não como representações e essências, mas como processos – “enquanto aquilo que se faz e aquilo que se deve fazer” – que, portanto, pode ser problematizada levando à produção de outras formas de subjetivação (Noto, 2009, p. 52).

Resultados e discussões

Acompanhamento Terapêutico e o exercício de Direitos Sociais

Considerando a ampla quantidade de materiais, foram selecionados aqueles que se articulassem mais explicitamente com o objetivo deste texto, que

é focalizar a discussão sobre a relação entre o AT e o exercício dos DS. Assim, os resultados e discussões foram organizados por três linhas de pensamentos integrados, que serão apresentadas em separado por questão didática de análise, a saber: (1) o AT como via, em ato, de exercício do DS à saúde, conforme os princípios do SUS; (2) a relação entre território, processos terapêuticos e os DS; e (3) a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita.

O Acompanhamento Terapêutico como via, em ato, de exercício do Direito Social à saúde

Narrativa 1

Edgar,³ usuário em atendimento, dorme com a mãe no mesmo quarto. Foi sugerido que a Acompanhante Terapêutica retomasse a conversa com eles sobre as mudanças na casa, inclusive com a irmã. A AT sente que não há espaço na casa para Edgar.

Um comentário recorrente sobre o usuário é: “ele não expressa desejo e motivação para nada, está sempre em casa, no sofá, com a TV ligada”. Sobre ver TV, Edgar fala: “mas depois não lembro de nada, não sei de nada”, disse para a AT.

Em um dos encontros do Acompanhamento Terapêutico, a irmã gritava acusações contra a mãe: “ela só quer ficar deitada! (...) não quer nem levantar!”. A AT interpreta que isso ocorre, também, porque “a irmã parece não enxergar os fatores do envelhecimento (...) não está aceitando a situação”. A Acompanhante aponta: “existe uma probabilidade do falecimento da mãe de Edgar (...) ela já tem mais de 80 anos e é possível ver que ela é bem idosa, debilitada (...) isso pode estar sendo um problema que a família não consegue enfrentar sozinha”.

Edgar não costuma expor o que pensa para a AT. Quando a Acompanhante questiona “tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?”, ele se posiciona: “quando eu falo, faço isso sozinho”.

Contando sobre os encontros, a Acompanhante compartilha que a irmã, Nara, ocupa a cena do AT, “começa a reclamar sobre a mãe, sobre Edgar e não deixa espaço para ele falar”.

Num encontro posterior, quatro meses após vários atendimentos, Edgar estava em casa, sozinho. Sua irmã havia ido para a praia por alguns dias. A situação parecia uma novidade no AT. Pela primeira vez, sua irmã o deixava sozinho em casa. “Ele parecia tranquilo, no sofá, assistindo TV, como de costume (...) sua irmã deixou comida pronta na geladeira e ele estava se virando muito bem sozinho”, comenta a AT.

Uma semana se passa, a irmã de Edgar volta. No encontro com a Acompanhante, em meio a diálogos, a AT pergunta para Edgar sobre seus sonhos:

— Tu tens algum sonho Edgar?

— Eu gostaria de trabalhar.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo.

O usuário da Narrativa 1 foi encaminhado para AT pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que avaliou a necessidade de que ele tivesse um acompanhamento em saúde mental mais sistemático, presencial. Apesar de não apresentar sinais físicos que produzissem dificuldade na locomoção, Edgar expressava algo de singular e subjetivo: permanecia em casa, com frequência na mesma posição, no sofá, em silêncio, com a televisão ligada, “às vezes falando sozinho”. Esse hábito de reduzida locomoção e pouca comunicação com as pessoas à sua volta dificultava sua ida à UBS para atendimento e limitava sua vinculação com as atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do território (DS à saúde). Usuário de tratamento psicofarmacológico (DS à saúde) tinha sua família recorrentemente anunciando que “queria interditá-lo”. Na frente de Edgar, diziam que ele “era um peso”. O Programa de AT, nesse contexto, foi contatado como possibilidade de intervir no caso.

Situando o AT como um recurso de cuidado e de assistência que se insere no território, na cidade, em um dado município, estado e país, os materiais de pesquisa permitem pensar o AT como via, em ato, do exercício do DS à saúde,

numa perspectiva da integralidade e da promoção de saúde, como orienta a política do SUS. Trata-se de integralidade e promoção de saúde, na medida em que o exercício do direito ao cuidado e à assistência, via AT, caracteriza-se por uma proximidade na relação entre Acompanhante e usuário, ao mesmo tempo em que situa essa relação no território, em meio às relações familiares e de vizinhança, às políticas de direitos, e à rede de serviços intersetoriais. Assim, o estabelecimento de um vínculo com o usuário permite ao AT construir, em conjunto, um amparo terapêutico integral, uma vez que o AT opera como amplificador da voz do seu acompanhado junto a outros serviços e dispositivos, fomentando a articulação desses serviços e dispositivos para seu cuidado e assistência. No contexto da atenção psicossocial, a presença próxima do AT também lhe permite ser testemunha da eficácia e dos efeitos colaterais (físicos, psíquicos e sociais) dos tratamentos psicofarmacológicos (uso de medicação), assim como das demais propostas de intervenção do seu Projeto Terapêutico Singular.

Figura 1

PARTICIPE DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

O QUE É O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE?
É um espaço participativo da comunidade na área de abrangência de cada Serviço de Saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) foi criado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), de acordo com o seu Regimento Interno e a Lei Federal 8.142/90, que regulamenta o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARA QUE SERVE?
O controle social é exercido por cidadãos e cidadãs que se envolvem nas questões de sua realidade, discutindo e propondo coletivamente ações para melhorar a qualidade de vida, a igualdade e garantir direitos. No Conselho Local de Saúde se identifica e se propõe soluções para os problemas; se acompanha e avalia o que está sendo feito e proposto para o Serviço de Saúde. Se defende o interesse público (de todos). Se partilha o poder decisório.

COMO FUNCIONA?
Todos os meses o Conselho Local de Saúde reúne a comunidade, os trabalhadores e os coordenadores (representantes da gestão) do Serviço de Saúde num grande Plenário. É assim chamado por estar "pleno de poder": porque nesta reunião são tomadas todas as decisões coletivamente. O Plenário é a instância máxima de deliberação do CLS. O Plenário também elege, dentre seus membros, uma Coordenação Local que organiza, convoca as reuniões deste Plenário, bem como executa e encaminha suas deliberações.

O CLS TRABALHA SOZINHO?
Não. O Conselho Local de Saúde indica representantes para o Conselho Distrital de Saúde que, por sua vez, tem representação no CMS/POA. Para questões mais complexas existem, ainda, os Conselhos Estadual e Nacional.

COMO POSSO PARTICIPAR?
É um trabalho voluntário e considerado de relevância pública. Basta comparecer às reuniões do Plenário. Como membro do Conselho Local de Saúde, você terá direito à voz e voto. **PARTICIPE!**

Reuniões abertas a toda COMUNIDADE:
Data: 5. Abril dia 9/4/18
Horário: 16 horas - 18 horas
Local: Auditório C. S. Alameda
Bairro: Meis (14/5) Jardim (11/6)
Yeller (9/7) Ag. (13/8) Sa-
tebas (10/9) Outubro (8/10)
Novembro (12/11) Dezembro (10/12)

Logos: Ministério da Saúde, SUS, Prefeitura Porto Alegre

Acompanhante Terapêutico realiza visita com usuário à Unidade Básica de Saúde (DS à saúde). A ida se justifica pelo usuário dizer que gostaria de companhia, pois "se eu for sozinho, tenho vergonha, não sei o que falar". Enquanto aguardam o atendimento, sentados na recepção, o usuário questiona o AT "o que são esses papezinhos ali pendurados?" levanta-se e pega um para si.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo. Material de domínio público.

A presença do AT (Narrativa 1), enquanto um dos operadores da garantia do DS à saúde, incide no funcionamento cotidiano da casa e das relações familiares, até então naturalizadas (como o fato de Edgar permanecer em silêncio na frente da TV e a irmã não lhe dar chance de falar e repetidamente dizer, na sua frente, que o irmão “é um peso”). Por sua presença, o AT possibilita questionar comportamentos usuais (“tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?”), intervindo no modo como o usuário e seus familiares se produzem e conduzem nas relações da vida e em casa. Assim, seguindo a lógica de um cuidado integral, o AT, como operador do DS à saúde, pode estimular ações preventivas e curativas que atuem de forma individual (junto ao usuário) ou coletiva (junto à sua família e comunidade), compreendendo a inseparabilidade dessas instâncias: os níveis de atenção em saúde necessários para cada caso (isolamento de Edgar; velhice da mãe) (Narrativa 1), os espaços de participação e controle social (Conselho Local de Saúde – Figura 1), assim como as ações de referência e contrarreferência (encaminhamento da UBS) (Narrativa 1), executadas pelas demais políticas públicas e serviços intersetoriais, que fortalecem e constroem a rede de suporte à saúde do usuário, seu exercício de cidadania e de direitos.

A relação entre território, processos terapêuticos e os Direitos Sociais

O território, ou territorialidade, como componente que orienta ações do DS à saúde no Brasil (Lei nº 8.080, de 19/09/1990), é descrito na literatura do AT como campo de intervenção: as ruas do bairro, a casa, o cotidiano das relações familiares e de vizinhança (Palombini, 2017) expressam os espaços habitados pelas pessoas a quem se dirige a clínica do AT, evidenciando *territórios existenciais* (Palombini, 2018).

Por proporcionar proximidade com a vida cotidiana do sujeito que demanda atenção em saúde, a inserção do AT no território ultrapassa o esquadramento e controle da população em uma perspectiva espacial ou geográfica. Assim, o AT imerge em elementos subjetivos que envolvem o território, conforme explicitam Hillesheim e Bernardes (2014) quando vinculam à noção de *território existencial subjetivo* os modos de circulação, de habitar, de ser, significados, sentidos, sensações de pertença, identificação, isolamento, assim como a complexa dinâmica territorial (uso dos recursos locais, imigrações, emigrações, demografia, desigualdades, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos, relações e conflitos).

Figura 2

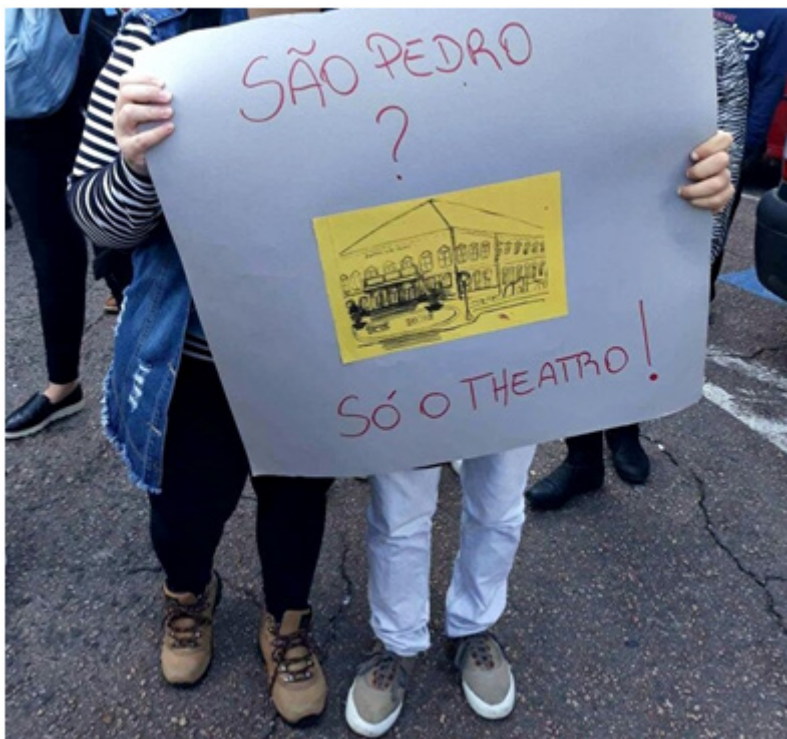
Desenho de usuário entregue à Acompanhante Terapêutica Fabiana: “fiz para você levar pra casa (DS à moradia)” diz ele. Esse paciente, em atendimento há mais de dois anos no AT (DS à saúde), permanece dentro do quarto (DS à moradia) quase todo o tempo de seu dia. O desenho tem, na parte inferior, uma frase escrita: “Rua para Fabiana” (nome fictício da acompanhante terapêutica). Os ATs com esse usuário ocorreram, quase todos, dentro do quarto dele, na casa da família.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo e de arquivo do projeto de extensão.

Integrando a noção de território aos materiais de pesquisa, é praticamente impossível definir, no campo da atenção psicossocial, uma noção de território em torno dos usuários(as) que seja concreta, física e geograficamente localizada, sem algo de subjetivo e singular. Na Narrativa 1, apesar de os atendimentos do AT (DS à saúde) ocorrerem dentro da casa (DS à moradia) da mãe de Edgar, seu *território existencial* parece ser em torno do sofá, da TV e do silêncio: é lá que ele ocupa seu tempo, encontra a AT, fala sozinho e compartilha seu sonho: “gostaria de trabalhar” (DS ao trabalho). Na Figura 2, tem-se um jovem que vive dentro no território do quarto, na casa de sua família (DS à moradia), expressando uma subjetividade que, pelo desenho, imagina a rua, mas imagina outra pessoa na rua, não ele: “Rua para Fabiana”, enquanto a Figura 3 contrasta o isolamento perpetrado pelo manicômio à possibilidade de acesso a bens culturais como o teatro (DS ao lazer). Na Figura 1, é a partir do receio de ir “sozinho” e não saber “o que falar” que o usuário desloca-se em seu território de timidez ao atendimento na UBS (DS à saúde). No local, questiona sobre um elemento da cena “O que são esses papezinhos ali pendurados?”, levanta-se e interage com o território da UBS,

pegando o papel no mural para tentar ler. Já na Narrativa 2, descrita a seguir, é um deslocamento pelo território que permite ao usuário reconhecer, no comportamento de uma desconhecida, algo que parece remeter à sua existência: “cada um se vira de um jeito, né!”:

Figura 3



Acompanhante Terapêutica e usuário, que, durante o AT, costumam circular por diferentes territórios da cidade de Porto Alegre, combinaram de participar da mobilização do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O cartaz, fazendo alusão ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (DS à saúde degradado) e ao Teatro São Pedro (DS ao lazer), explicita posicionamento que recusa o manicômio como forma de tratamento (DS à saúde) e afirma o acesso à cultura e ao lazer como produtor de saúde.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo.

Narrativa 2

Estávamos no centro, eu e meu acompanhado. Fernando, o usuário, foi abordado por uma mulher.

— Lembra de mim? – ela perguntou, fazendo-se de sua conhecida.

Conversa vai, conversa vem, não quis me intrometer, mas estava desconfortável em ver aquela mulher enganando o Fernando.

Ela conseguiu. Ficou falando sobre assuntos vagos e acabou ganhando dinheiro para o “almoço”. Tirou dinheiro do Fernando.

Quando passávamos novamente por esse mesmo local, na volta, a mulher estava abordando outro cara, que a ignorava. O cara veio até nós e comentou:

— Olha essa larápia.

Observando a situação atentamente, para minha surpresa, parecia que o Fernando não era aquele “louco inocente que foi manipulado pela mulher vigarista devido a sua falta de autoconsciência”. Ele parecia saber, ou sentir, o que aquela mulher estava fazendo.

Olhando toda a cena, com tranquilidade, Fernando volta-se para mim, abre o sorriso de uma forma calma, leve, e exclama:

— Cada um se vira de um jeito, né!

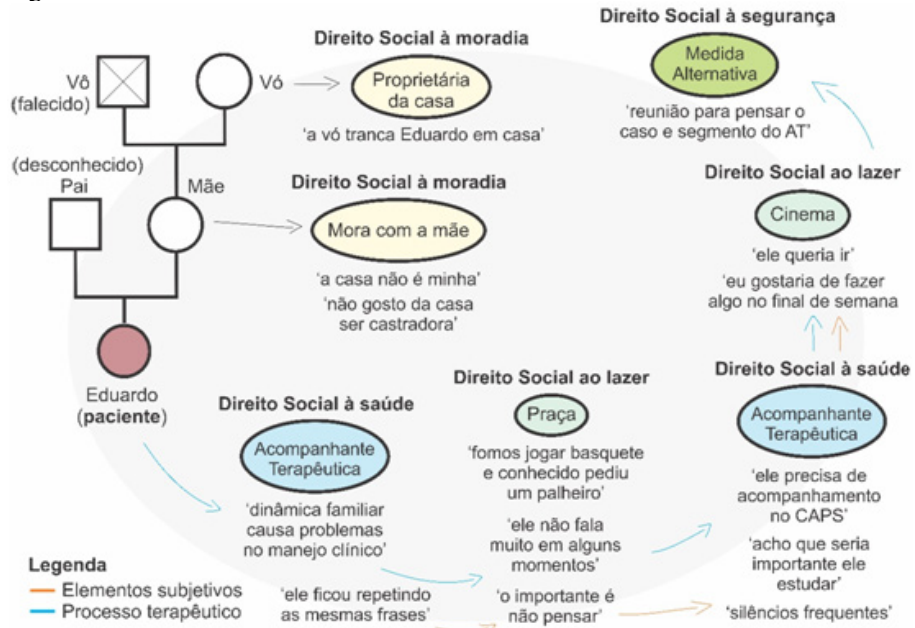
Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo

Considerando os fragmentos das cenas clínicas apresentadas, sugere-se pensar a ideia de *território existencial* nos processos terapêuticos segundo quatro pontos: (1) É constituído por algo de uma exterioridade (um local, um objeto, uma imagem, um desenho) e singular (uma frase, um movimento, um sonho, um sorriso). (2) Não é algo necessariamente fixo (física e/ou subjetivamente); assim, pode deitar âncora e/ou derivar. (3) Não é algo necessariamente localizado num bairro ou comunidade, no espaço de uma casa ou em local delimitado; pode ser um espaço abstrato, interior ao sujeito, não compartilhável (um silêncio, uma imaginação, uma tranquilidade). (4) É algo que pode transmutar (física e/ou subjetivamente) à medida que a pessoa faz algum movimento (físico e/ou subjetivo) para isso (o silêncio vira o relato de um sonho; um quarto fechado se transpõe para a rua na imaginação; uma vergonha vira uma ação; uma conversa expressa uma revelação).

A radicalidade da clínica do sujeito de Direitos Sociais, biopsico-político-social, do AT

Por fim, o último ponto de análise, a partir dos materiais de pesquisa, propõe pensar a radicalidade da clínica do sujeito biopsico-político-social, que a prática do AT explicita. O AT é uma clínica inserida no território da vida de usuáries e usuários (Palombini, 2008) em que se acompanha os sujeitos nos seus processos de vida, na relação estabelecida com o território, a intersetorialidade e a oferta de um cuidado integral (Palombini, 2018). Os dados de pesquisa fornecem elementos para pensar a inviabilidade de analisar os processos subjetivos e terapêuticos que se produzem num corpo, um sujeito, sem articulá-los ao exercício de DS, cuja incidência ou inexistência opera nesses processos de alguma forma.

Figura 4



Mapeamento do processo terapêutico de usuário, no período de 6 meses, evidencia a relação entre Direitos Sociais e diferentes territórios, concretos e subjetivos, no exercício do DS à saúde pelo AT.

Fonte: Diagrama do primeiro autor deste artigo. Dados disponíveis nos arquivos do projeto de extensão.

Assim, na Figura 4, o usuário foi encaminhado ao AT por demanda da Justiça, em articulação com uma medida alternativa (DS à segurança). Quase como uma imposição, o AT (DS à saúde) ocorre em meio a uma “dinâmica familiar” complexa. A casa (DS à moradia) é da avó, que cerceia o direito de ir e vir de Eduardo, não lhe

permitindo acesso à chave de casa. A mãe não gosta da casa por considerá-la “castradora” e justifica sua posição de observadora dos comportamentos de sua mãe (avó de Eduardo) utilizando a frase “a casa não é minha”. Eduardo, por sua vez, repete a expressão “o importante é não pensar”. Pela repetição desse pensamento, que diz para não pensar, ele silencia nas cenas do AT. A ida à praça (DS ao lazer), o desejo de ir ao cinema (DS ao lazer), não realizado, e as diferentes propostas de atividades e articulações intersetoriais, não executadas por falta de engajamento de Eduardo, explicitam, pelo AT, marcas dos DS na vida do usuário – pelo discurso, operacionalidade ou não vinculação – que incidem, se relacionam, produzem e/ou conduzem sua vida.

Anterior a esse recorte de seis meses do caso clínico, pode-se pensar a presença dos DS desde antes do nascimento de Eduardo: na gravidez da mãe, como foi o cuidado e assistência à saúde? Como ocorria o exercício da alimentação de Eduardo durante seu desenvolvimento? Quais políticas educacionais estiveram presentes em seu crescimento? Em que locais o usuário morou? Que condições e possibilidades tinham esses locais? A quais meios de locomoção Eduardo teve acesso? Como as diferentes políticas públicas, discursos, serviços ou ações envolvendo os DS incidiram, transversalizados, nos elementos subjetivos e singulares da existência de Eduardo? E das pessoas do seu entorno? Como esses setores determinaram efeitos para que a vida dele tenha se produzido e se conduzido à atual condição? Na radicalidade da relação entre clínica, DS e subjetividade: existe vida sem o exercício de DS? Existe sujeito sem discursos que envolvam os DS? Existe subjetividade e singularidade sem incidência dos DS?

Figura 5



Portaria publicada pelo Ministério da Saúde, em 2018, que evidencia a instabilidade do financiamento das políticas de DS à saúde, na atenção psicossocial, no Brasil. Essa instabilidade possibilita pensar as tensões e disputas que envolvem a palavra “social” do termo “biopsicossocial”.

Fonte: Imagem do primeiro autor deste artigo. Documento de domínio público.

No questionamento sobre a incidência do exercício dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, a presente análise propõe pensar um cotidiano humano que dificilmente pode ser constituído, ou compreendido, se não for considerada a operacionalidade dos DS como suporte na fabricação, proteção, condução e tensionamento das existências. A presença, não necessariamente da noção de direito em si, mas dos discursos sobre educação, saúde, necessidade de alimentação, movimentos de locomoção, lazer, demandas de assistência, dentre outros, relacionados à vida humana, tornam impraticável fragmentar o sujeito em compartimentos biológicos, psicológicos ou sociais. É na radicalidade da explicitação do sujeito biopsicossocial, pela prática do AT, que essa análise contribui para pensar a clínica em Psicologia. A clínica de um sujeito biopsico-político-social (Figura 5) que torna não apenas mais sensível a relação entre clínica e cidade, mas, também, destitui a separação entre corpo, subjetividade e DS.

Relato 1

— O que o AT representa na sua vida?

Usuário 1:

— Eu gosto muito quando a AT vem aqui porque é a única oportunidade que eu tenho de sair de casa sozinho.

Usuária 2:

— Alívio.

— Alívio?

— É. Liberdade.

Usuário 3:

— Bá, o AT é tudo pra mim. Eu posso falar pro AT coisas que eu não posso falar pra mais ninguém. O AT significa tudo pra mim.

Fonte: Dados de diário de campo do primeiro autor deste artigo

Considerações finais

Em consonância com as diretrizes do SUS brasileiro, que preconizam a promoção de uma saúde mental integral, o presente artigo analisou a relação entre a prática do AT e o exercício de DS incidindo nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras. Situando o AT como um dispositivo que produz DS à saúde, em ato, não na reclusão e confinamento, mas na circulação e liberdade, os dados possibilitam pensar nos sujeitos que habitam a clínica em Psicologia como corpos permeados por DS – em que o circular, o habitar e o ser são indissociáveis do exercício de direitos.

Assim, circular, habitar e ser como inerentes à noção de território, saúde, educação, alimentação, lazer, trabalho, moradia, transporte, assistência, velhice, gestação, infância, dentre outros setores humanos, na produção de vidas – subjetivas – dignas. Como uma clínica de processos terapêuticos que se produzem pelo movimento, cambiantes e múltiplos, reinventando formas de produzir saúde por meio (e com) elementos do cotidiano, o AT, nesta análise, ofertou um aprendizado às demais modalidades da clínica e, em especial, da clínica psicológica, por evidenciar, na relação entre o terapêutico e o exercício dos DS, a vida e seus determinantes espaciais, políticos, sociais, territoriais, relacionais, subjetivos e singulares.

Nesse panorama, mediante o mapeamento dos casos clínicos, considerou-se a impossibilidade de analisar os corpos que demandam cuidado e assistência em saúde mental em separado do exercício de DS. A radicalidade do sujeito biopsicossocial, um dos pontos de análise, tornou possível pensar não apenas na sensível relação entre clínica e cidade, mas, também, na destituição de separação entre corpo, subjetividade e DS, apontando a capacidade de ser pensada uma saúde e um sujeito biopsico-político-social. Por esse raciocínio, é possível considerar que a presença e ausência de políticas públicas na vida de usuários e usuárias destaca a importância da garantia ou disponibilidade de serviços dos DS nos territórios, universais e gratuitos, considerando que eles produzem recursos para a vida – são suporte, fortalecem e constroem a rede de proteção dos usuários, seus exercícios de cidadania e de direitos.

Esses aprendizados mantêm em permanente operacionalidade prerrogativas que redirecionaram o modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico, a partir da Lei nº 10.216, instituindo, consolidando, fortalecendo e remodelando não apenas a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população, mas, principalmente, pensando que é a própria cidade organizada, com serviços gratuitos, universais e equânimes, que produz cuidado.

Referências

- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988*. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil (2001). *Lei nº 10.216, de 06/04/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Ecker, D. D. (2020). *O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: Políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial* (tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/213918>
- Ecker, D. D.; Palombini, A. de L. (2020). A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: Fatores materiais, singulares e multidimensionais. *Pensando Psicologia*, 16(2), 1-28. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/3938>
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: Um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação, Ijuí*, 2(7), 19-24.
- Filizola, C. L. A.; Ribeiro, M. C.; Pavarini, S. C. I. (2003). A história da família de Rubi e seu filho Leão: Trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 12(2), 182-190.
- Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hillesheim, B. G.; Bernardes, A. (2014). Território e nomadismo: A saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 47-58. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229035339005>
- Hullen, A. C. N. (2018). Cidadania e direitos sociais no Brasil: Um longo percurso para o acesso aos direitos fundamentais. *Revista de la Secretaría del Tribunal Permanente de Revisión*, 6(11), 213-227. <https://doi.org/10.16890/rstpr.a6.n11.p213>
- Hüning, S. M.; Guareschi, N. M. F. (2009). Efeito Foucault: Desacomodar a psicologia. In: N. M. F. Guareschi; S. M. Hüning (Orgs.), *Foucault e a Psicologia*, p. 159-182. Porto Alegre: Edipucrs.
- Mello, D. F.; Viera, C. S.; Simpionato, E.; Biasoli-Alves, Z. M. M.; Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: Possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 78-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009

- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10ª ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4ª ed., 4ª reimp.). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088, de 23/12/2011. 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)*. Brasília: Diário Oficial da União. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS, vol. 5 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
- Noto, C. S. (2009). *A ontologia do sujeito em Michel Foucault* (dissertação de mestrado). Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade São Paulo.
- Palombini, A. de L. (1999). O louco e a rua: A clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação Subjetividade Poder*, 6(6), 25-31.
- Palombini, A. de L. (2008). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: A clínica em movimento* (2ª ed.). Porto Alegre: UFRGS.
- Palombini, A. de L. (2017). Entrevista: Acompanhamento Terapêutico. *EntreLinhas*, 75, 14-17. <http://www.crprs.org.br/upload/others/file/edfc5c7ca099c9c65b1ea8ef28fc9955.pdf>
- Palombini, A. de L. (2018). 25 anos depois, um pouco da estrada em que fiz meu chão: Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica. In: S. M. Paulon; C. S. Oliveira; S. M. S. Fagundes (Orgs.), *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.
- Rocha, L. P.; Palombini, A. L. (2017). A clínica do Acompanhamento Terapêutico como pesquisa psicanalítica: Uma escrita compartilhada entre vários. *Ágora (PPGTP/UFRJ)*, 20, 732-742. <https://doi.org/10.1590/1809-44142017003012>
- Severo, A. K.; Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>
- Silva, J. A. (1999). *Curso de Direito Constitucional Positivo* (16ª ed.). São Paulo: SP. Malheiros.
- Veloza, R. S.; Serpa Júnior, O. D. (2006). O acompanhante terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 318-338. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006002010>

Notas

¹ Pesquisa financiada com bolsa de Doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O estudo integra o projeto guarda-chuva Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (parecer CEP nº 3.374.882).

² O Projeto de Extensão da UFSC vincula-se ao Projeto de Pesquisa guarda-chuva Políticas do Corpo: Psicanálise e Arte (registro no SIGPEX nº 201610796).

³ Os nomes utilizados nesta e nas demais narrativas são fictícios.

Recebido em 28 de fevereiro de 2020

Aceito para publicação em 08 de abril de 2020