



ITINERÂNCIAS, ITINERÁRIOS E INTERAÇÕES SOCIAIS COMO DIRETIVAS NA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO EM SAÚDE MENTAL

DOI: 10.22289/2446-922X.V8N1A28

Marcos Aurélio **Fonsêca**¹
Ellen Christy Gonçalves **Dias**

RESUMO

A cidade tem se constituído como espaço privilegiado para as práticas clínicas em saúde mental sustentadas pela lógica da inclusão, pelo estímulo à (re) construção das redes sociais e pela liberdade dos usuários para escolherem os próprios itinerários. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, cujo referencial teórico de base psicanalítica foi Carlo Viganò, teve como objetivo relatar e discutir a construção do caso clínico de um indivíduo que se encontrava internado no único instituto público de referência em atenção à crise localizado em Belo Horizonte, no período de cerca de oito meses, compreendido entre julho a novembro de 2017 (internação) e dezembro de 2017 a março de 2018 (acompanhamento pós-alta). As intervenções externas foram propostas sob o referencial da estratégia do Acompanhamento Terapêutico. Os resultados demonstraram a efetividade da proposta, na medida em que o usuário conseguiu fazer escolhas e realizar seu objetivo de morar em uma pensão e constituir nova rede social. Concluiu-se que as intervenções para estimular as interações sociais, no que se refere à apropriação dos espaços concretos e simbólicos da cidade, com a elaboração de novos mapas pelos usuários, devem ser endossadas pelos profissionais durante todo o tratamento e ainda após a alta.

471

Palavras-chave: Saúde Mental; Acompanhamento Terapêutico; Interação Social; Serviços de Saúde Mental.

ROAMING, ITINERARIES AND SOCIAL INTERACTION AS GUIDELINES FOR THE CLINICAL CASE DEVELOPMENT IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT

The city constitute a privileged space for the development of clinical practices in mental health sustained by inclusion, incentives to encourage the (re)structure of social networks and patients' freedom to choose their own itineraries. This qualitative research used the clinical case study with the purpose to report and discuss the development of the clinical case of a patient in Belo Horizonte's only reference center for crisis care services. The research, whose theoretical reference is Carlos Viganò, covers an eight month period between July-November 2017 (hospitalization) and December 2017-March 2018 (medical follow-up after discharge). The external interventions were proposed with

¹ Endereço eletrônico de contato: mfonseca@ufmg.br

Recebido em 18/05/2022. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 07/07/2022.



the benchmark of the Therapeutic Follow-up strategy. The results demonstrate the effectiveness of the proposal, given the patient managed to make choices and accomplished his purpose of living in a boarding house and forming a new social network. We concluded that interventions to stimulate social interaction, in relation to appropriation of the city's real and symbolic spaces, with the elaboration of new maps by the patients, should be endorsed by the professionals during all the treatment and also after medical discharge.

Keywords: Mental Health; Therapeutic Follow-up Care; Social Interaction; Mental Health Services.

ITINERANCIAS, ITINERARIOS E INTERACCIONES SOCIALES COMO DIRECTIVAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CASO CLÍNICO EN SALUD MENTAL

RESUMEN

La ciudad se ha constituido en espacio privilegiado para las prácticas clínicas en salud mental, sostenido por la lógica de inclusión, por el estímulo a la reconstrucción de las redes sociales y por la libertad de los usuarios para elegir sus propios itinerarios. Esta investigación, de abordaje cualitativo, cuyo marco teórico con base psicoanalítica fue Carlo Viganò, tenía como objetivo relatar y discutir la construcción del caso clínico de un individuo que se encontraba internado en el único instituto público de referencia, en respuesta a la crisis, situado en Belo Horizonte, en un plazo de ocho meses, de julio a noviembre de 2017 (internación) y diciembre de 2017 a marzo de 2018 (seguimiento posterior al alta). Las intervenciones externas fueron propuestas bajo el marco de la estrategia del Acompañamiento Terapéutico. Los resultados evidenciaron la efectividad de la propuesta, en la medida en que el usuario consiguió tomar decisiones y realizar su objetivo de vivir en una pensión y constituir una nueva red social. Se concluyó que las intervenciones para estimular las interacciones sociales, en lo que refiere a la apropiación de los espacios concretos y simbólicos de la ciudad, con la creación de nuevos mapas por los usuarios, deben ser considerados por los profesionales durante todo el tratamiento, aún después del alta.

472

Palabras clave: Salud Mental; Acompañamiento Terapéutico; Interacción Social; Servicios de Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

Do hospital à cidade: a desconstrução do modelo manicomial

O manicômio foi durante séculos o lócus principal da loucura e a internação era um caminho sem volta, sendo a alta um desfecho improvável para muitos. Pode-se afirmar que no contexto do hospital psiquiátrico “para o louco, há exclusão topográfica, exclusão lógica e exclusão política. Sem chão, sem razão e sem cidadania” (Camargo, 2003, p.8). Para demonstrar os efeitos da institucionalização, os estudos seminais de Goffman (1987) revelaram como as instituições totais, representadas pelos asilos, hospitais, prisões, quartéis e conventos afetam significativamente as subjetividades das pessoas nelas segregadas. Este autor descreveu como um dos efeitos o processo de “mortificação do self”, caracterizado pelo “despojamento” do indivíduo da vida civil pela



segregação. As rigorosas regras institucionais de conduta às quais são submetidos os internos produzem o “despojamento de bens” e conseqüentemente da perda dos “equipamentos de identidade”.

Na mesma perspectiva, Benelli (2002) reforçou que:

Todos estes estabelecimentos utilizam mecanismos de segregação, estratificação social e modelagem da subjetividade, alternando punições, recompensas e a estratégia de dividir para reinar que não são necessariamente diferentes das relações de dominação e subjetivação, dos processos de poder em vigor em toda e qualquer sociedade (Benelli, 2002, p.52).

Ao se referir ao manicômio, o poder da institucionalização é ainda mais devastador, colocando o interno em um lugar de submissão extrema, como aponta Ferro (2009):

No plano do concreto, a proposta de saúde mental no contexto manicomial ofereceria ao sujeito atendido, então, ser retirado prontamente de seu contexto de vida/família/trabalho após um ou alguns episódios de sofrimento e surto, ser submetido a regras hospitalares frias e sem muita negociação em relação às flexibilidades da vida de cada interno. As vontades e os desejos dos indivíduos atendidos seriam descartados em prol de uma ideia pré-concebida do que seria saudável terapeuticamente para sua vida, e oferecer-se-ia em paralelo, e sem nenhum custo adicional, uma fragilização de sua rede de suporte, dado seu longo período de internação e de reclusão em um mundo que lhe é alheio (Ferro, 2009, p.755).

473

Esse cenário persistiu por séculos e, de acordo com Millani e Valente (2018), somente após a segunda guerra mundial, na década de 1960, foi que a comunidade profissional, orientada pelos movimentos sociais do contexto histórico, concluiu que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado. Na Inglaterra, Estados Unidos, França e Itália surgiram contestações e modelos alternativos e diferentes entre si para o tratamento psiquiátrico. De acordo com Amarante (1994), na Itália, o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) “se posicionava contra o modelo de tratamento asilar da época e formulou ideias de uma reforma democrática baseado na ideia do caráter nocivo da instituição psiquiátrica e este passa a ser radicalmente questionado” e que o objetivo foi transformar a relação da sociedade com a loucura, que estava cristalizada no asilo e na exclusão social, já que estes constituem elementos fundamentais de controle da marginalidade social e de suas implicações políticas.

No Brasil, a partir dos anos 1970, com o início do movimento nomeado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), emergiu o questionamento ao modelo hospitalocêntrico (Delgado, 2020). A Luta Antimanicomial, movimento organizado e subsidiário à RPB, colocou em discussão a concepção sobre o doente mental como um indivíduo privado de direitos, denunciando a violação do direito à liberdade e à convivência social. A promulgação da lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), em abril de 2001, consolidou as transformações propostas para o campo (Brasil, 2001).



É mister marcar a distância entre desospitalizar e desinstitucionalizar. “As questões principais da desinstitucionalização não se restringem à desospitalização; são maiores e englobam essa última” (Ferro, 2009, p.758). Diante da complexidade teórica de tais temas, torna-se indispensável distinguir esses dois conceitos. Segundo Nogueira e Costa (2007), desospitalização está relacionado ao processo de alta hospitalar, criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico-sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como lócus de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social. Por outro lado, o conceito de desinstitucionalização está relacionando à criação de um novo grupo de tecnologias que busca responder às demandas do indivíduo atendido, procurando inclui-lo na vida social em base igualitária, garantindo sua participação no trabalho e em eventos socioculturais, de lazer, de formação e cidadania, promovendo assim sua inclusão social: “intenciona-se investir na ampliação de redes de trocas sociais do indivíduo, ao inseri-lo em um mundo de intersubjetividades” (Ferro, 2009, p. 758).

Para complementar a lei 10.216, foi homologada a Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com a finalidade de criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde do SUS para essa população (Brasil, 2013). Essa rede de serviços tem o objetivo de proporcionar a atenção em liberdade, em serviços abertos e territorializados.

474

Como resultados das propostas de mudanças, a cidade passou a ser reconhecida como espaço privilegiado para as intervenções em saúde mental. Foram constituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como residências terapêuticas, que foram fundamentais para a superação do modelo hospitalocêntrico, no que tange à desospitalização. Em um primeiro momento, essa modalidade de assistência foi criada para favorecer a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais na cidade. Advoga-se que este seja um local destinado exclusivamente à residência e que, caso seja necessário, outros dispositivos possam ser acionados para intervenções especificamente clínicas. A ideia central é a de que o morador deva habitar a casa e não assumir a postura de passividade, visando não só a propriedade material das coisas, mas, principalmente, a subjetivação de determinados espaços, individuais e coletivos. Todos devem ser estimulados a assumirem pequenas tarefas e funções dentro e fora da casa (Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2008).

As interações sociais na cidade mediadas pelo Acompanhamento Terapêutico

Tomando-se como referência o espírito do habitante da cidade, deve-se pensar como se configuram os círculos sociais neste ambiente. Diferentemente da cidade pequena, que mantém uma unidade interior imediata, na cidade grande, os círculos são marcados por relações mútuas e



conexões variadas. Um círculo toca em outro e dá maior liberdade de circulação ao habitante da cidade grande. Ao mesmo tempo em que os círculos mais imediatos vão ficando cada vez mais fracos (como os familiares e comunitários, por exemplo), novas relações sociais multifacetadas são estabelecidas, ainda que com maior nível de superficialidade. Mas, o maior número de pessoas aptas a se relacionarem não configura maior capacidade de socialização para os que vivem na cidade, ainda que o grau de liberdade se eleve, aumenta-se o anonimato e a “distância espiritual” é cada vez mais sentida (Simmel, 2005).

Em um contexto de despersonalização, fragmentação, descontinuidade, monetarização e objetividade, o que atrai tanta gente à cidade? Por que a vida cosmopolita é reificada e preferida à pacata vida no campo? Mesmo quando o estado das coisas revela uma impossibilidade da personalidade se sobrepor à cultura objetiva (“a atrofia da cultura individual mediante a hipertrofia da cultura objetiva”), a vida na cidade é mais fácil e essa facilidade seduz. A cidade tem movimento próprio, em uma dinâmica que inclui padronizando, que absorve excluindo, com tentáculos dos quais não se pode escapar.

Outro conceito fundamental em Simmel e que sustenta sua concepção das interações sociais possíveis na cidade é o de sociabilidade. De acordo com Frúgoli Jr. (2007), citando Donald Levine, na concepção Simmeliana,

A sociedade existe com um dos modos pelos quais toda a experiência humana pode ser potencialmente organizada, e num sentido concreto, designa um complexo de indivíduos socializados, uma rede empírica de relações humanas operativa num dado tempo e espaço; num sentido abstrato, denota a totalidade dessas formas relacionais através das quais os indivíduos tornam-se parte da tal rede (Frúgoli Jr., 2007, p.9)

Se as interações sociais e os modos de associação entre os indivíduos produzem a sociedade, para Simmel, os indivíduos devem ter consciência de que formam uma unidade, quando associados a outros. A sociabilidade teria origem na capacidade de estar junto, de partilhar um jogo simbólico, onde a conversação, uma modalidade básica da sociabilidade, faz surgir regras de “amabilidade e etiqueta”, permitindo a um indivíduo suspender uma posição social e aproximar do outro.

Não é simplesmente o ato de circular pela cidade que produz o efeito terapêutico pela sociabilidade, mas como se dá esse caminhar. A cidade precisa ser vivida como teia, com infinitos pontos de ligação e, ao mesmo tempo, como um todo que suporta e dá lugar à expressão das diferenças. No Acompanhamento Terapêutico, todas as atividades propostas devem ser planejadas previamente e devem ser delineados os objetivos a serem alcançados, com a participação efetiva da pessoa acompanhada. São realizadas atividades de toda ordem, como as dirigidas ao lazer, trabalho e participação social, ou mesmo para garantir a regularidade do tratamento na rede de assistência. Com a preparação, deve-se prever qual tipo de efeito ou mudança se pretende a cada



passeio, cada saída à rua, cada encontro com a comunidade, cada obstáculo vencido. Grande parte do trabalho também se realiza dentro da casa do acompanhado, às vezes, junto à família; buscase a reapropriação de espaços (materiais e subjetivos), mudança de posição perante os outros, aumento do poder contratual e de possibilidade de trocas (inclusive, afetivas) e a construção da autonomia possível (Godinho & Peixoto, 2019).

Circular ao lado de alguém percebido como diferente significa reconhecer que ele é capaz de interagir com os outros em condições semelhantes. Ainda que algumas de suas atitudes não correspondam ao padrão social adotado pela maioria, ele não deve ser visto como alguém em posição inferior, que precisa receber e nada pode oferecer. Ao apostar em uma relação de mão dupla, onde a pessoa com sofrimento mental possa contribuir para a construção da sociedade da maneira que lhe é peculiar, o profissional trabalha, em última análise, para endossar o exercício pleno da cidadania.

O trabalho do Acompanhante Terapêutico (AT) é uma prática interdisciplinar, feita por diversas categorias, sendo descrito por Carvalho (2004), como uma clínica que acontece no cotidiano do usuário, nos mais variados espaços e contextos. Entre suas principais características estão o resgate e a promoção da circulação pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes. Desde que se tornou mais presente nos processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos nos hospitais, as experiências têm se multiplicado e o diferencial dessa proposta é que se trata de um trabalho essencialmente configurado na abordagem psicossocial, na medida em que coaduna com a afirmativa de que “é no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição e discriminação são edificados no dia-a-dia de uma determinada cultura social. Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (Amarante, 2007, p.102).

476

De acordo com Chauí-Berlinck (2012), existem dois discursos predominantes sobre o AT: um no ápice da reforma e o outro atual. Um englobando a prática do AT e as questões de inserção social e o outro voltado para as noções da Psicanálise. Então, “apesar de o Acompanhamento Terapêutico se valer das noções da Psicanálise e, como observamos, ser muito voltado para as questões de inserção social, a articulação entre ambos surge como algo difícil de acontecer: em decorrência do embate entre as áreas” (Chauí-Berlinck, 2012, p.44). O AT atua como um secretário do alienado e, neste sentido, “a partir da Psicanálise, propomos que a prática do AT é da ordem da escuta do sujeito” (Metzger, 2017, p.18), onde o que vem à tona também deve ser considerado, o que implica o manejo da transferência que tem como foco ético o sujeito do inconsciente.

A construção do caso clínico em saúde mental

A construção do caso clínico, como assumido neste estudo, supera o simples relato do caso no que se refere a contar a história do indivíduo. O termo construção vai além da interpretação,



quando visa a “um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta” (Figueiredo, 2004). O caso é produzido com o material advindo das próprias intervenções, do discurso endereçado por aquele que o produz.

Viganò (2010, 1999) ressaltou a dinâmica singular que se estabelece na construção do caso, destacando a delicadeza da clínica feita de pequenos, mas significativos momentos:

Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. E isso pode levar muito tempo. Se houve um trabalho de construção, se foi possível notar, por exemplo, que o paciente fez o mesmo gesto por meses e meses, que um dia ele dá um sorriso e não mais aquele gesto – é preciso registrar que houve uma mudança: aí, então, ele está dizendo que está construindo (Viganò, 1999, p.45).

Viganò (2010, 1999) fez ainda a distinção entre caso clínico e caso social, termos habitualmente presentes no campo da saúde mental, acentuando que o primeiro é condição para que haja o segundo. O caso social é um modo de operação conduzido pelos profissionais que acompanham o usuário em uma construção amparada em um saber que não o autoritário e aponta para um manejo institucional. O caso clínico, no entanto, compreende uma concepção da clínica como discurso que torna ativo o saber do sujeito e privilegia a singularidade em oposição a um entendimento reducionista do adoecimento psíquico. De modo emblemático, “Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo” (Viganò, 1999, p.42).

Na Psicanálise, a investigação clínica sempre esteve extremamente associada à terapêutica e à teorização sobre o psíquico. “Freud demonstrou isso através do estudo minucioso de casos que se tornaram paradigmáticos e influenciaram de forma decisiva a produção de seu arcabouço teórico” (Val; Lima, 2014, p.2). Sendo que a Psicanálise não propôs nenhum tipo de metodologia para o processo de construção do caso clínico, estabeleceram-se orientações, definindo quatro tempos para a escrita do caso, com o objetivo de facilitar a transmissão: relato da história, supervisão, reunião da equipe e “aprendendo com o paciente”. Segundo Val e Lima (2014), na equipe, os elementos do caso podem ser verificados e ampliados a partir da discussão com outros profissionais envolvidos, os quais assumem uma posição de ignorância em função do privilégio conferido à pesquisa e ao questionamento, próprios da clínica. O ponto de não saber atribuídos a eles, permite que a verdade sobre o usuário não seja jamais totalizada e que as construções sobre o caso possam ser sempre renovadas e repensadas o que possibilita também a invenção de novos saberes e soluções.

Este estudo teve como objetivo relatar e discutir a construção do caso clínico de um indivíduo que se encontrava internado no único instituto público de referência em atenção à crise e foi



realizado a partir das intervenções realizadas, das discussões em equipe e das supervisões clínicas, desde o acolhimento do caso até o período pós-alta.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como procedimento o estudo de caso único. Os estudos de caso são comumente usados no campo da saúde mental (Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise e campos afins) por permitirem as associações entre as práticas clínicas e as pesquisas empíricas (Serralta, Nunes, & Elzirik, 2011). Conforme Moura e Nikos (2001), o caso é o resultado da comunicação de uma experiência na qual o terapeuta escolhe uma situação de tratamento para desenvolver sua pesquisa. O estudo foi iniciado pela leitura do prontuário de um indivíduo que se encontrava internado no único instituto público de referência em atenção à crise, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram acrescentadas ainda as anotações das reuniões de equipe e supervisões clínicas semanais e das intervenções realizadas pelos pesquisadores e demais profissionais da equipe no período de cerca de oito meses, compreendido entre julho a novembro de 2017 (internação) e dezembro de 2017 a março de 2018 (acompanhamento pós-alta). Este artigo derivou da pesquisa intitulada “Acompanhamento Terapêutico como um dispositivo na saúde mental”, que foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética institucional, sob o CAAE 01985618.8.0000.5119, pelo parecer 3.007.507, de 08/11/2018.

478

Durante a narrativa do caso optou-se por utilizar a ordem cronológica dos fatos, descrevendo sinteticamente as intervenções clínicas realizadas à luz da prática do AT, ressaltando-se que o usuário não conhecia a cidade e que a presença física da terapeuta era necessária, por vezes, durante longos períodos de tempo. Todas as intervenções desenvolvidas tinham como propósito a ampliação do mapa territorial do indivíduo e entre elas foram incluídas: 1. Realização de atividades externas com finalidade instrumental (como idas ao banco e serviços públicos); 2. Elaboração e desenvolvimento do quadro de rotinas, com a intenção de promover a organização das tarefas cotidianas e a autonomia para escolhas; 3. Pesquisa das vagas e visitas aos endereços das pensões, com discussão posterior com o usuário sobre as vantagens e desvantagens da escolha; 3. Estratégias de gestão financeira e auxílio no processo de aquisição dos móveis e bens pessoais; 4. Apresentação e acompanhamento do usuário aos serviços de referência da rede de saúde mental; 5. Realização de atividades externas para reconhecimento do território (circulação pela vizinhança) e dos espaços de lazer e comércio na região; e 6. Manutenção da referência técnica para monitoramento permanente (por telefone, caso necessário) visando ao apoio nas eventuais dificuldades no desempenho das atividades cotidianas. A interpretação dos resultados se deu à luz



das teorias sobre a construção do caso clínico, proposta pelo psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò, que orienta a produção de um saber na perspectiva do sujeito que sofre do sintoma.

3 RELATO DE CASO

A história de Miguel, a construção do caso clínico e o Acompanhamento Terapêutico: itinerâncias e itinerários

Miguel, nome fictício (em homenagem a Miguel de Cervantes e à dupla de personagens famosos Dom Quixote e Sancho Pança, que foram adotados quase como uma imagem-símbolo da prática do AT), 56 anos, nascido no interior de Minas Gerais, solteiro, sem filhos e três irmãos, mudou-se para o estado do Rio de Janeiro ainda criança. Ele é hipertenso, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, aposentado por invalidez aos 38 anos de idade, pouco depois do surto. Foi acompanhado inicialmente em regime ambulatorial na cidade de Niterói (RJ), sendo posteriormente encaminhado para o CAPS; durante os últimos dois anos foi internado algumas vezes no hospital psiquiátrico daquela cidade.

Ele atuou em profissões e empresas variadas. À época do surto, desempenhava duas funções concomitantes: garçom e segurança. Miguel contou: “eu surtei no trabalho, estava trabalhando muito”. Em Niterói, após o falecimento da mãe, residia inicialmente com os dois irmãos na periferia da cidade, mas tinha desentendimentos constantes com os familiares e com os vizinhos devido aos bailes funk promovidos no local e ainda, segundo ele, ao crime organizado. Os irmãos relataram que ele se colocava em risco, pois frequentemente enfrentava os traficantes da comunidade, questionando sobre o som alto e sobre o comércio de drogas ilícitas na proximidade de sua residência. Miguel afirmava não gostar “de bagunça e de barulho” e, por isso, morou sozinho, em uma pensão. Miguel administrava seu próprio benefício. Ele apresentava delírios persecutórios em relação ao CAPS, relatando: “eles fazem covardia comigo, me dão comida envenenada, me buscam dentro da minha casa para me internar, colocam pen drive no meu remédio, querem me controlar”.

A partir desse momento, descreve-se o que foi interpretado nas discussões como itinerâncias: a última internação de Miguel no Rio de Janeiro ocorrera no período 30/03 à 10/07/2017 e, após a alta do hospital psiquiátrico, ele foi primeiramente à sua agência bancária, onde sacou o benefício, alterou a senha e em seguida se dirigiu a um terminal rodoviário, quando comprou uma passagem com destino a Belo Horizonte. Ele informou que possuía “amigos e conhecidos” nessa cidade, mas a informação foi negada pelos familiares.

Ao chegar à rodoviária de Belo Horizonte, Miguel apresentou episódio de confusão mental, sendo abordado pelo SAMU, que o conduziu a uma Unidade de Pronto Atendimento para avaliação,



e posteriormente, foi encaminhado para o atendimento à crise, em 14/07/2017. No acolhimento, ele disse que “eu estava procurando uma pensão onde poderia ficar, mas me enganaram e acabei passando mal, acho que foi pressão alta, por isso me trouxeram para cá”. Miguel chegou com uma mala com seus pertences, com 563 Reais em mãos, além de seus cartões bancários, cópia de um de seus documentos e alguns medicamentos.

Na internação, uma profissional alertou: “o Miguel só fica no leito... é um caso desafiador”, e em seguida: “melhor nem insistir muito para que ele participe das oficinas, se não ele vai ficar persecutório com você”. Ele passava a maior parte do tempo restrito ao leito, isolado e sem interação com os demais internos. Miguel dizia: “prefiro ficar sozinho, detesto confusão, barulho”. Desde o início da internação, ele se negava a retornar ao CAPS de Niterói, alegando que no serviço “faziam covardia” com ele. Inicialmente, ele recusava participar das oficinas ou de qualquer atividade oferecida e completava “depois eu vou, agora não, estou com sono”. Em seu discurso, predominava o tom persecutório quanto ao serviço fluminense e à medicação; ele contava os planos de encontrar uma pensão e residir em Belo Horizonte.

Por diversas vezes, o serviço em Niterói foi consultado para obter informações e discutir o caso e vislumbrou-se o encaminhamento pós-alta. O profissional que o atendia disse que Miguel estava em acompanhamento no serviço havia uns doze anos e que se tratava de um caso grave e com frágeis vínculos familiares. Devido à ausência de hospitalidade noturna no serviço, as internações foram necessárias e frequentes nos últimos anos. Sobre as ideias persecutórias de Miguel com o serviço, aventou-se a possibilidade de ser acompanhado em outra regional de Niterói, mas a resposta foi negativa. A vaga em uma pensão foi proposta como uma saída possível e o profissional prometeu se empenhar para viabilizá-la.

Nas reuniões e discussões da equipe interdisciplinar, a equipe se dedicava à construção do caso de Miguel e, baseados na orientação do supervisor, a equipe que o assistia começou a alterar a dinâmica dos atendimentos; ao invés de abordarmos os delírios (que não cessavam), passamos a conversar sobre outros temas, como a sua história, seus interesses e habilidades. Esse, possivelmente, foi o marco entre uma mudança de intervenção em um caso social para um caso clínico. As diretivas clínicas permitiram a Miguel começar a revelar o que havia de mais peculiar em sua personalidade; ele relatava os empregos que tivera ao longo da vida, sua afinidade com a música e seu gosto pela escrita. Ele ainda permanecia a maior parte do tempo isolado. Foi oferecido um caderno para que ele pudesse se expressar. De repente, o caderno foi rapidamente preenchido por diversos poemas e poesias. Aos poucos, ele começou a participar também das oficinas e permanecia agora a maior parte do tempo no pátio externo da ala.

Sua primeira demanda à equipe foi ir ao banco para sacar seu benefício. Foi planejada uma saída externa para realizar a operação bancária, mas Miguel digitou uma senha inválida; foram realizadas mais três tentativas até que o cartão foi bloqueado. Dado que a senha só poderia ser



alterada em Niterói, Miguel permaneceu perplexo e calado durante todo o trajeto de volta, relatando apenas que no CAPS “havia roubado seu dinheiro e alterado sua senha” e “lá minha senha ficava exposta pra todo mundo ver”. No decorrer das semanas posteriores, foram feitas mais duas tentativas para testar novas combinações numéricas tentando encontrar a senha correta. Resolver a falta de acesso ao seu benefício passou a ser uma urgência e poderia ser um argumento para o retorno.

Em novembro de 2017, após quatro meses de internação, mediante estabilização do quadro, foi feito novo contato com o serviço em Niterói. Ao informar ao serviço sobre a iminência da alta, a equipe do CAPS mostrou certa resistência às propostas, informando que não avaliavam como prudente o retorno de Miguel em um ônibus comercial e que mesmo acompanhado ele poderia não chegar ao destino. Outra restrição seria a ambulância para transporte interestadual. Os profissionais do serviço levantaram também a impossibilidade de encontrar um novo endereço para ele, já que seu benefício se encontrava retido, e propuseram comunicar o caso à coordenação de saúde mental.

Diante da longa internação e das dificuldades anunciadas pelo serviço substitutivo, o caso ganhou ênfase na instituição e era o tema de diversas reuniões de equipe. Foi discutido em vários espaços e foi avaliada a possibilidade de Miguel permanecer em Belo Horizonte, o que era sua demanda desde o início da internação.

Agora, o objetivo era reunir as condições para a permanência de Miguel em Belo Horizonte. O desbloqueio de seu benefício junto ao INSS seria fundamental. Então, durante o último mês da internação, o setting terapêutico para várias intervenções passou a ser a cidade. Embora Miguel tivesse conquistado maior autonomia, ele não possuía referências, nem mesmo conhecia a cidade. Inúmeras saídas externas foram realizadas, prevendo-se a desospitalização e sua inclusão definitiva na rede.

Conhecendo e vivenciando a cidade, ele selecionou uma pensão para residir e, por meio das saídas semanais, Miguel pôde conhecer e aprender a circular na vizinhança. Outros locais precisavam ser apresentados a ele, tais como: serviços de saúde (onde ele seria acompanhado), shopping center, bancos, restaurantes, praças, lojas diversas etc. Diversas atividades foram propostas, como usar o metrô, ônibus e taxi, além de caminhadas pela região onde ele moraria. Miguel passou a ser o protagonista, era ele o responsável por conduzir cada saída. Com o tempo, ele já conhecia as ruas do bairro e caminhava por elas de forma independente, memorizou seu novo endereço e como chegar até ele.

Neste caso, uma nova rede social e de assistência precisariam ser tecidas. Não foi possível a inscrição de Miguel para uma vaga nos SRT da cidade, principalmente pelo fato dele não ser um munícipe de Belo Horizonte. Nas saídas, incluía-se também visitas aos serviços de saúde e à



pensão onde iria residir, com a intenção sua aproximação e vínculo nesses locais, possibilitando também a corresponsabilização de outros atores no seu cuidado.

Finalmente, o benefício de Miguel foi desbloqueado e ele acertou a vaga na pensão; em seguida, ele escolheu alguns móveis para o seu quarto. Foi firmado o seu encaminhamento para o serviço de referência e, após quase seis meses de internação, a alta se concretizou.

Com a alta concretizada, a equipe concluiu que Miguel ainda precisaria do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, como proposta de apoiá-lo nas tarefas cotidianas e na circulação pela cidade, para que ele ganhasse mais segurança para realizar os seus interesses. Durante certo tempo o trabalho fluiu, até que suas atitudes com a AT mudaram. Miguel permanecia a maior parte do tempo calado, respondendo com frases simples às indagações, caminhado com certa pressa e sempre à frente. Às vezes, ele fechava a porta para que ela não entrasse. A equipe avaliou que a profissional provavelmente havia sido incluída em suas ideias persecutórias e foi progressivamente afastada do caso. Entretanto, estava claro que o objetivo havia sido atingido, considerando que Miguel demonstrava ter conseguido restabelecer as competências para gerir a própria vida.

Em março de 2018, depois de quatro meses de residência, Miguel reviu seu itinerário e tomou uma decisão inesperada; ele comunicou à dona da pensão que retornaria ao Rio de Janeiro. Da mesma forma repentina que decidiu viajar para Belo Horizonte há meses, ele contratou um taxi e pediu ao motorista que o conduzisse até Niterói, gastando uma quantia vultosa, que tinha sido acumulada com a retenção do benefício. Soube-se mais tarde que ele voltou a residir com um irmão e a ser novamente acompanhado no CAPS daquela cidade.

Em um primeiro plano, este estudo deu visibilidade à permanência/resistência da internação como modalidade de intervenção na crise psiquiátrica, em espaços tradicionais que, mesmo modificados pelos pressupostos e práticas definidos pela RPB, operam na lógica da tutela e do afastamento social, o que afeta sobremaneira as interações sociais dos internos. A atenção é multiprofissional, embora a centralidade da figura do médico persista, inclusive no imaginário dos usuários. O instituto público tomado como unidade de análise desta pesquisa foi, nos idos anos 1970, um dos berçários do movimento reformista que veio a ser reconhecido com RPB; entretanto, o mesmo não pode ser equiparado, devido à sua lógica institucional atual, a um serviço substitutivo, ainda que possa ser reconhecido como campo de formação de profissionais, de discussão teórico-clínica e de produção de saberes e práticas em saúde mental.

Contudo, para além das contradições inerentes, o trabalho em equipe foi conduzido sob a lógica da não exclusão e permitiu a construção do caso para fora dos limites da instituição, orientado pela escuta permanente do discurso do usuário. Em última análise, o eixo clínico era a pergunta guia proposta por Viganò (1999): “O que ele vai fazer para sair daqui?”; a inquietação que o caso gerava na equipe fomentou a busca da resposta.



As itinerâncias e os itinerários de Miguel, relatadas inicialmente pelo psicólogo que o atendia em Niterói, e mais tarde reveladas pelo próprio desfecho do caso, com seu retorno abrupto, ilustraram o quanto foi significativo para o usuário o respeito às suas escolhas. Não se tratava de definir a priori, por outros, o que seria ou não o seu caminhar; suas escolhas foram, se não as desejáveis, as possíveis. Pode-se dizer que a decisão do retorno a Niterói, depois de morar por quatro meses em Belo Horizonte, foi ao mesmo tempo surpreendente (para a equipe, que não foi comunicada) e uma evidência do quanto Miguel estava bem, tanto que assumiu plenamente o controle da própria vida.

Uma outra constatação a ser discutida foi a extensão do período de internação do usuário, de cerca de quatro meses e ocasionada por múltiplas causas, algumas clínicas, como a dificuldade do estabelecimento do vínculo terapêutico e a lenta melhora do quadro, e outras institucionais, como a distância da cidade de origem, os entraves na negociação da alta com os serviços das redes de referência, seja a original ou aquela que seria constituída localmente, e a demora para a liberação do benefício, definiram a direção do tratamento e ajudaram a produzir o Projeto Terapêutico Individual (PTS). As diretrizes terapêuticas foram traçadas enquanto Miguel ainda estava internado e preconizavam sua inclusão na cidade de Belo Horizonte e na vida social e nas atividades cotidianas possíveis.

Bezerra e Dimenstein (2009) ilustraram, através de um relato de experiência, a proposta de uma saída do hospital planejada e assistida, utilizando o recurso do AT, posto que este tipo de intervenção poderia ajudar no restabelecimento de laços sociais, na manutenção do cotidiano e na criação de outros espaços de troca social possíveis para o indivíduo em sofrimento, por meio do encontro singular entre acompanhante e o acompanhado, novas relações a serem descobertas, experimentadas e incluídas pelos acompanhados, ampliando seu universo existencial, que comumente é bastante restrito.

Miguel não possuía nenhuma referência familiar ou de amizade em Belo Horizonte e, para concretizar o novo itinerário decidido por ele, a equipe deveria estimular a constituição de novas redes de apoio e de assistência, que poderiam ser configuradas como redes comunitárias, redes de trocas próprias dos bairros e cidades, complementadas pelas redes de atenção psicossocial e demais serviços. Em outras palavras, a cidade seria o campo de intervenção por excelência; por sorte, a localização do instituto facilitou o início do trabalho antes da alta de Miguel e, na sequência, o caminhar junto com a profissional que funcionou como AT favoreceu a construção de novos mapas, cada vez mais amplos. Cabe ressaltar que outro fator determinante foi o histórico de vida e ocupacional de Miguel; ele tivera experiências de vida, interações sociais e relações de trabalho que provavelmente contribuíram para níveis de autonomia que outros usuários talvez não atingissem em períodos tão curtos de tempo.



No percurso de remodelagem das redes podem surgir percalços, como ocorreu com Miguel. Daí, a importância da presença solidária da equipe e dos profissionais de referência, tendo grande importância o trabalho do AT. Como destacou Chauí-Berlinck 2012): “entretanto, essas redes, de maneira geral, não são coisa dada, mas precisam ser construídas, e entendermos que seja papel do AT ajudar nessa construção”. E houve ainda a constituição de outros vínculos que o sustentaram na cidade, com a entrada de outros atores sociais, como a dona da pensão que o acompanhou até alguns serviços de saúde e de moradores do local, que o acompanharam em outros espaços. Seria pertinente dizer que o trabalho de (re)construção das redes sociais e as funções do AT são congruentes e complementares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas deste tipo são pertinentes porque a internação psiquiátrica ainda ocorre em várias cidades brasileiras, seja de modo complementar à RAPS ou pela exclusividade do hospital em determinadas regiões, em que pese o sucesso da RPB. Por outro lado, a construção do caso clínico demonstrou como é possível que a equipe trabalhe, também na internação, a serviço do usuário ou, em outras palavras, é o usuário que deve definir ou redefinir os seus itinerários, ainda que estes sejam atravessados por itinerâncias, que muitas vezes escapam dos ideais de uma sociedade normatizadora e pouco flexível às diferenças. À equipe e aos profissionais da saúde mental cabe endossar as escolhas e caminhar junto ao usuário.

484

É no interior da discussão sobre a apropriação do espaço urbano, do espaço não só como área geográfica, mas também simbólico, no sentido último de território, e nos reconhecidos danos causados pela segregação social que surgem as propostas subversivas da inclusão daqueles destituídos do exercício pleno da cidadania, em seus múltiplos sentidos. Para o campo da saúde mental, constitui-se um enorme desafio a reintegração da pessoa com sofrimento mental no espaço urbano, tendo-se como horizonte que a cidade contemporânea atualiza, com modos eficazes, a exclusão das diferenças (de toda ordem).

Para concretizar suas propostas de mudança, a saúde mental precisa dialogar com os demais campos de conhecimento cujos olhares sobre um mesmo objeto – a cidade – facilitariam e dariam complementaridade à construção das ações propositivas, tais como as Ciências Sociais, a Saúde Coletiva, o Urbanismo e a Economia.

O caso de Miguel elucidou a contribuição imprescindível do Acompanhamento Terapêutico como estratégia a ser incorporada e desenvolvida na clínica em saúde mental, demonstrando como essa prática contribuiu para promover autonomia, a construção de vínculos e de redes na cidade e a reinserção social para este indivíduo. O AT é um profissional necessário para possibilitar não somente a desospitalização como também funciona como um vetor de circulação social pela cidade,



criando ou renovando experiências de apropriação material e simbólica de espaços de vida, onde a prática, o ato em si, é o que transforma.

Deve-se ressaltar que houve limitações metodológicas na proposta deste estudo, no sentido em que ela não permite a generalização, sendo necessárias outras pesquisas que envolvam um maior número de indivíduos, e que englobem a perspectiva dos usuários, familiares e do AT, a fim de produzir resultados mais específicos e consolidados sobre o tema. Por outro lado, a possibilidade de executar uma clínica diferente, ampliada e significativa para o usuário, revelou o amplo espectro de possibilidades de atuação e a importância da contribuição de todos os profissionais da equipe na busca de soluções verdadeiramente inovadoras para o trabalho em saúde mental. Há ainda que se destacar a disposição e o comprometimento para “estar junto” com os usuários, em momentos reais de vida, oferecendo espaço e recursos para a construção de um outro modo possível de clínica, criando interseções entre o serviço e o cotidiano na cidade.

5 REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]*, 1(1), 61-77. [acessado 2018 Jul 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459701994000100006&script=sci_abstract&lng=pt
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Benelli, S. J. (2002). Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico. *Revista de Psicologia da Unesp*; [S.l.], 1(1). [acessado 2018 Nov 01]. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/968>
- Bezerra, C. G.; Dimenstein, M. (2009). Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. *Psicol. clin. [online]*, 21(1), 15-32.
- Brasil (2001, abril 06). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
- Brasil (2013, maio 23). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada 2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
- Camargo, S. (2003, jan-jun). Um Olhar Sobre a Loucura de Foucault. *CienteFic*, 3(1) [acessado 2018 Jul 04]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAANGcAF/olhar-sobre-a-loucura-foucault>
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo, Annablume.
- Chauí-Berlinck, L. (2012). *Novos andarilhos do bem: caminhos do Acompanhamento Terapêutico*. Belo Horizonte, Autêntica Editora.



- Delgado, P. G. G. (2020). Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde em debate, Revista do centro brasileiro de estudos de saúde*, 44, número especial 3, 21-28.
- Ferro, L. F. (2009). Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia, ciência e profissão*, 29(4), 752-767. [acessado 2019 Mar 13]. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400008>
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*, 7(1), 75-86.
- Frúgoli Jr, Heitor (2007). *Sociabilidade urbana*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo, Perspectiva.
- Godinho, D. M.; Peixoto Jr., C. A. Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(3), 320-327. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5644>
- Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise*. São Paulo, Aller Editora.
- Millani, H. F. B.; Valente, M. L. L. C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, 4(2). [acessado 2018 Out 23] Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso
- Moura, A.; Nikos, I (2001). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 13(140/141), 69-76.
- Nogueira, M.S.L.; Costa, L.F.A. (2007) Discutindo o paradigma da desinstitucionalização. In: *III Jornada Internacional de Políticas Públicas*, São Luís (MA).
- Serralta, F. B.; Nunes, M. L. T.; Elzirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 501-510.
- Simmel, G. (2005). As grandes cidades e a vida do espírito (1903). *Mana*, 11(2), 577-59.
- Val, A. C.; Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora (Rio J.)*, 17(1), 99-115.
- Vidal, C. E. L.; Bandeira, M.; Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. psiquiatr*, 57(1), 70-79. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100013>
- Viganó, C. (2010). Avaliação e evidência clínica na saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 13(3), p. 469-481.
- Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, 13, (50-59).