

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE UNISINOS- MÃE DE DEUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E REDES DE ATENÇÃO  
INTEGRAL**

**VANESSA MARQUES SONEGO**

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO CAPS:  
Explorando possibilidades de construção da rede**

**Porto Alegre**

**2014**

Vanessa Marques Sonego

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO CAPS  
Explorando possibilidades de construção da rede

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, pelo Curso de Especialização em Saúde Mental e Redes de Atenção Integral da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. MS. Alex Sandro Tavares da Silva

Porto Alegre

2014

## ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO CAPS: EXPLORANDO POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA REDE

Vanessa Marques Sonego<sup>1</sup>

Alex Sandro Tavares da Silva<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo traçar um breve panorama do Acompanhamento Terapêutico (AT), no contexto da Reforma Psiquiátrica, bem como discutir suas potencialidades enquanto dispositivo clínico no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico grave, atendidos na rede pública de saúde. Especificamente nos deteremos nas práticas desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi realizada revisão bibliográfica na base de dados da CAPES buscando experiências de AT nos CAPS. Apesar de diversos autores apontarem o AT como prática terapêutica promotora de autonomia e reabilitação psicossocial, alinhada às propostas de cuidado dentro da atenção integral aos usuários de saúde mental, os relatos de sua utilização no Sistema Único de Saúde (SUS) são escassos. Alguns entraves evidentes para a inserção do AT no CAPS são a falta de regulamentação desta prática, aumento de demanda nos serviços e falta de recursos financeiros. Entretanto, verificamos experiências bem sucedidas, assim como esforços para inserir o AT nos serviços substitutivos de saúde mental de forma mais abrangente.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Terapêutico. CAPS. Saúde Mental. Redes.

### INTRODUÇÃO

Este artigo propõe uma reflexão sobre a articulação entre Acompanhamento Terapêutico<sup>3</sup> (AT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), problematizando as dificuldades que levam grande parte dos serviços substitutivos de saúde mental a prescindirem deste recurso clínico de grande valor terapêutico. Entendemos que o AT e Reforma Psiquiátrica têm pontos convergentes, no sentido de promover a autonomia e reinserção do usuário no laço social. Foi utilizada a metodologia de revisão bibliográfica de artigos disponíveis sobre o tema no portal da CAPES.

---

<sup>1</sup> Psicóloga clínica. Trabalhadora de CAPS. E-mail: vanessasonego@gmail.com.

<sup>2</sup> Psicólogo, psicoterapeuta, mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), editor e criador do "Site AT" <http://siteat.net/>. Professor do curso de Especialização em Saúde Mental e Redes de Atenção Integral da UNISINOS. Supervisor em Psicologia e Acompanhamento Terapêutico. E-mail: alextavares@gmail.com.

<sup>3</sup> Utilizarei a sigla AT para Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), 90% dos portadores de transtornos mentais não recebem tratamento adequado. Dados do Ministério da Saúde (MS, 2014) apontam que 3% da população é portadora de transtornos mentais graves, exigindo um cuidado contínuo, sendo que mais de 9% necessitam de atendimento eventualmente. A OMS recomenda que o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico seja realizado em serviços substitutivos de saúde mental, na comunidade do usuário, utilizando os leitos psiquiátricos no hospital geral como último recurso terapêutico.

Numa pesquisa mundial, conduzida pela entidade (OMS, 2014), com especialistas em saúde mental sobre as inovações na desinstitucionalização, fica evidente a tendência global de modelos de atenção em saúde mental descentralizados, proporcionando um cuidado humanizado. Essa transição de modelo na área da saúde mental busca proporcionar maior qualidade da assistência oferecida, bem como atuar de acordo com as políticas públicas de integralidade em saúde.

## **MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: MUDANÇA DE PARADIGMA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

O movimento de Luta Antimanicomial, que se intensificou ao longo da década de 1970, alinhado as lutas dos demais movimentos sociais, possibilitou a discussão e posteriormente, a implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, alinhada às políticas de humanização do cuidado em saúde, bem como aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (art. 194 a 200 da Constituição Federal, 1988), que preconizam integralidade, equidade e universalidade, visa à substituição do modelo hospitalocêntrico.

Tal modelo vigente há cerca de 30 anos era amplamente criticado devido à desconsideração de aspectos básicos de assistência, tal como um atendimento em saúde mental de qualidade, que não se restringisse exclusivamente à internação psiquiátrica como única alternativa de tratamento. A nova perspectiva do modelo de atenção busca garantir a humanização do cuidado em saúde mental, bem como pensar o sujeito também como detentor de direitos e que como tal deve ser contemplado com um cuidado integral, inserido em seu contexto histórico e social.

O modelo de cuidado em saúde mental passa a ser orientado pelos serviços substitutivos, de caráter comunitário, aberto, nos quais o cuidado dá-se no território do sujeito. Entende-se que a problemática do sofrimento psíquico é complexa e envolve o tensionamento de diferentes pontos da rede de saúde e demais setores, de forma que demanda uma oferta de tratamento ao usuário da atenção psicossocial a partir de uma noção de cuidado humanizada, contextualizada no laço social, potencializadora da autonomia do sujeito e de sua circulação no território. O tratamento centralizado no hospital não contempla o cuidado com o sujeito na sua integralidade e singularidade.

A partir da publicação da Lei Estadual 9.716 de 1992, que articula a implementação da Reforma Psiquiátrica no RS, fica estabelecida a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede substitutiva de atenção integral à saúde mental. Nos anos subsequentes, precisamente em 6 de abril de 2001 teremos a promulgação da Lei N. 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que redireciona o modelo de atenção em saúde mental, cuja proposta é uma rede substitutiva de serviços de saúde mental, visando um tratamento no território do sujeito, colocando a internação como uma opção de recurso terapêutico em situações extremas e pontuais, ainda assim realizada em hospital geral e por períodos breves. A partir deste momento, começa a efetivar-se uma política de saúde mental que busca extinguir os leitos nos hospitais psiquiátricos paulatinamente, a medida que a rede substitutiva configura-se.

Destacamos a portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que orienta o modelo de atenção em saúde mental através da criação de serviços comunitários de saúde mental, definidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste contexto de tratamento, é fundamental lembrar que os vínculos do sujeito no território devem ser preservados e ressignificados, pois isso tem efeito terapêutico. A portaria GM N. 106, de 11 de fevereiro de 2000, estabelece os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e define sua organização. Em 2013 foi publicada a portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, que atualiza e reorganiza os meios de financiamento para os CAPS, readequando a realidade atual da rede de saúde mental, buscando aproximar a estrutura demandada nos territórios para qualificar o atendimento da rede.

Recentemente, o foco das políticas públicas de saúde mental é a proposta de uma maior estruturação/articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

através da portaria GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS tem como meta “ativar as conexões” de diferentes pontos da rede de atenção no SUS, de modo que a mesma apresente maior diálogo e resolutividade. É composta de diversos serviços substitutivos, além dos CAPS, tais como Unidades de Acolhimentos (UA), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Equipes de Consultórios na Rua, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Hospital Geral com leitos psiquiátricos, entre outros.

Este esforço se faz necessário, uma vez que apenas a existência física da rede de saúde mental, ainda que em número insuficiente para trabalhar diferentes demandas igualmente relevantes paralelamente, não garante a construção e sustentação dos pontos de contato da mesma. Estes pontos, espaços nos quais as trocas se dão, possibilitam melhorar a qualidade do tratamento, além de estabelecer uma gestão compartilhada e responsável da atenção ao portador de sofrimento psíquico.

## **A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS**

Com a mudança de paradigma do modelo de atenção em saúde mental, são criados os CAPS, serviços substitutivos do SUS especializados, responsável pelo tratamento dos portadores de sofrimento psíquico grave e persistente, de caráter aberto e comunitário, que trabalha no intuito de evitar as internações psiquiátricas. Está regulamentado pela portaria N°336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que afirma que uma das funções do CAPS é prover atendimento diuturno aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, no seu território, disponibilizando acesso a cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial.

Além disso, seu papel é estratégico, pois é ordenador do cuidado em saúde mental na rede. Visa articular ações no território em que está inserido, estimulando a reinserção social do usuário e articulando um cuidado co-responsabilizado com os demais dispositivos. Nesta modalidade de atendimento, a promoção de cuidado não se restringe a rede de saúde, mas dialoga com a família, a assistência, a educação, o judiciário, as entidades comunitárias, entre outros entes do território Pretende

inclusive promover ações de prevenção e promoção em saúde mental, além de utilizar a ferramenta do matriciamento na rede.

Devido à importância do vínculo que permeia a prática terapêutica, muitos serviços trabalham com a ideia de Técnico de Referência (TR), na qual um técnico do serviço serve como referência ao usuário, inclusive mediando a construção de seu Plano Terapêutico Singular (PTS), que vai orientar seu tratamento junto a equipe, família e ao próprio usuário. A referência abarca ações clínicas, bem como psicossociais. Podemos dizer ainda que esta ideia de referência compreende a relação do serviço na efetivação das políticas públicas de saúde mental, no sentido de que media as relações do novo modelo na rede como um todo. Este tipo de organização baseada no TR, presente nos serviços de saúde mental, também permeia a prática do AT (PITIÁ; FUREGATO, 2009), independente de sua orientação teórica.

A população atendida nestes serviços é compreendida por portadores de transtornos mentais graves e persistentes, configurando-se num tratamento ampliado, envolvendo diversas instâncias: clínica, social, familiar. Neste contexto, verificamos que numa parcela significativa do público acolhido a gravidade e a cronificação dos problemas de saúde mental inviabiliza sua circulação e autonomia no seu território.

Dentre a oferta de atendimento dos CAPS, podemos elencar: oficinas, terapêuticas, consultas psiquiátricas, atendimentos individuais, grupos, assembleias, atividades sociais, oficinas de geração de renda, atividades culturais, entre outras. Diante disso, podemos considerar o AT como mais um dispositivo potencializador deste cuidado, visando a desinstitucionalização do sujeito e ampliando suas possibilidades de saúde.

## **DEFININDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)**

O movimento da Luta Antimanicomial foi indispensável para a formalização da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como criou condições para o surgimento da prática do acompanhamento terapêutico. Segundo Silva e Silva (2006), o AT estaria vinculado ao movimento de críticas às estruturas manicomiais, à produção de psicofármacos no final da década de 1940, às experiências de hospital-dia e comunidades terapêuticas a partir dos anos 1950.

Inicialmente, a prática desta modalidade de intervenção terapêutica surge no contexto de mudanças institucionais da reforma. Entretanto, tinha um caráter acentuadamente adaptativo, sendo utilizada como alternativa nas instituições de internação para os casos graves, de usuários psicóticos, que apresentavam risco de suicídio, de agressão e risco moral. Segundo Porto e Sereno (1991), trata-se de aproveitar a lógica própria da psicose, proporcionando a constituição de pontos de apoio da estrutura psíquica através de saídas, provendo articulação do sujeito no social. O AT era visto como um recurso auxiliar, como se fosse algo menor em termos terapêuticos (SILVA; SILVA, 2006), porém ao longo do tempo pode comprovar sua eficácia clínica, possibilitando a ampliação de sua prática do âmbito privado para o setor público de saúde.

A definição de acompanhamento terapêutico, adotada por Porto e Sereno (1991), é a utilização de saídas no território do usuário, através das quais é possível articular um itinerário do paciente na circulação social por meio de ações, numa relação de proximidade do acompanhante com o louco e a loucura, inseridos num determinado contexto histórico.

Progressivamente, a experiência clínica do AT vai se consolidando como uma prática terapêutica resolutiva, pois como afirma Cauchick (2001), ações isoladas não sustentariam uma clínica das psicoses. Sendo assim, uma das funções que o at deve desempenhar é ser capaz de integrar o todo, estabelecendo tentativas para instalar um campo clínico no contexto do cotidiano do sujeito, promovendo sua autonomia.

Carrozzo (1991) descreve a experiência estabelecida na instituição conhecida como A'Casa, em São Paulo, que se constituía numa moradia protegida de caráter privado para portadores de sofrimento psíquico grave e que inovou em sua proposta contando com o trabalho de ats em tempo integral. Ele lembra que não podemos transformar uma estrutura psicótica em neurótica, mas podemos criar condições para que a estrutura psicótica inscreva-se de modo aceitável em nossa sociedade, sempre instigando o que há de saudável no indivíduo, promovendo a vida.

Neste cenário, o at media as relações entre sujeito e instituição, entre sujeito e território, fazendo tentativas de separar o dentro e o fora, o que o autor compara à aquisição de uma "pele", possibilitando regular o que incluir ou não. É importante salientar que o AT não se restringe ao espaço físico de determinada instituição (SILVA; SILVA, 2006). Quando se fala em "rua", este termo refere-se aos espaços

nos quais o usuário transita ou não, que podem ser sua casa, instituições de saúde, entre outros.

Mauer e Resnizky (apud QUAGLIATTO; SANTOS, 1987, p. 79) destacam as funções que podem ser desempenhadas pelo AT:

[...] a continência afetiva às angústias do paciente, especialmente em momentos de crise, a possibilidade de o at ser tomado como modelo de identificação, o emprego das funções egóicas do at em atenção às dificuldades do paciente, o desenvolvimento das capacidades criativas do paciente, respeitando suas peculiaridades, atenção e respeito ao mundo objetivo, que passaria a ser compartilhado pelo at e pelo paciente, representação do psicoterapeuta, sendo ele uma outra pessoa em atenção à sua saúde mental, atuação como agente ressocializador e auxílio nas relações familiares, geralmente esgarçadas pela crise psicótica.

Podemos constatar que muitas destas funções aparecem comprometidas na clientela atendida nos serviços substitutivos da rede de saúde mental. Neste sentido, o AT permite um trabalho de resgate das mesmas, ampliando o repertório de recursos saudáveis do usuário.

Silva (2003) também observa um dado interessante nessa fase constituinte do AT. Seu funcionamento como dispositivo clínico operava na lógica de programa, que pressupõe uma adaptação, para somente depois ser problematizado numa lógica de estratégia, na qual pode ser constantemente reavaliado e reorganizado ao longo de seu fazer, pois não se trata de uma sequência de ações pré-determinadas e fixas.

Ainda segundo o autor, as indicações de AT nos dias de hoje passaram por uma diversificação, sendo que não se restringem aos usuários de saúde mental. Seriam algumas destas indicações: terapêutica de famílias, produção audiovisual, repúblicas e casas de passagem, inclusão escolar, inclusão jovens em conflito com a lei, reabilitação de problemas orgânicos de saúde/acidentes, programações culturais e de lazer, entre outras.

## **POTENCIALIDADES DO AT NO CAPS: TECENDO A REDE**

Diversos autores (FIORATI, 2013; ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013; PITIÁ; FUREGATO, 2009; CARNIEL; PEDRÃO, 2009; ESTTELITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009) defendem a relevância do AT nos CAPS como dispositivo terapêutico valioso na reabilitação psicossocial, pois ele possibilitaria a efetivação de

pontos fundamentais da assistência proposta nos moldes da reforma psiquiátrica, permitindo a integração das ações desenvolvidas.

Dentre a diversidade de recursos clínicos que podem ser oferecidos pelo CAPS, o AT demonstra potencial terapêutico, uma vez que foi engendrado visando atender uma demanda dos usuários de saúde mental com transtornos graves, ou seja, a mesma demanda atendida nestes serviços atualmente. Para Gonçalves e Benevides de Barros (2013), o exercício do AT vinculado ao CAPS ainda exerceria a função de desinstitucionalizador da lógica antimanicomial.

Na literatura corrente, o AT também é mencionado como uma das alternativas à internação em outros espaços da rede também, tais como ambulatorios, hospitais-dia, ou até mesmo em unidades de internação e de emergência em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, lares abrigados, cooperativas de trabalho (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

É importante pensar que o cuidado proposto nesta modalidade de atendimento dá-se para além da lógica tecnicista médico-clínica, nas quais usualmente os serviços estão organizados. As ações de reabilitação psicossocial são pautadas por uma postura ética e são igualmente importantes em relação às ações clínicas. Entretanto há uma desvalorização das ações psicossociais, associando-as como parte integrante do senso comum (FIORATI, 2013).

Ribeiro (2009) aponta que a lógica e a ética que sustentam a proposta do CAPS dentro da Reforma Psiquiátrica se assemelha a do trabalho do AT na clínica das psicoses. O CAPS enquanto serviço substitutivo de saúde mental tem função estratégica e deve ser pautado pela ética e pelo encontro com o inusitado. Como exemplos desta relação temos o delineamento conjunto do PTS de cada usuário, a mediação das relações com território, a potencialização da rede, condições estas imbricadas ao fazer do at.

Destacamos que o AT incentiva a construção de novos modos de se relacionar e sua manutenção dos mesmos, objetivos que não são atingidos com o uso exclusivo da medicação, como demonstram Carniel e Pedrão (2009).

## **AT E INTERDISCIPLINARIDADE**

Para Marques (2013), o trabalho constante de construção da rede no território pode ser concretizado através do AT, pois mapeia, produz e amplifica a rede de

relações entre os atores envolvidos, simultaneamente. Esta ideia é partilhada por Vasconcelos, Machado e Mendonça Filho (2013), quando explicam que a estratégia do AT como dispositivo clínico contempla um funcionamento em rede e de produção de redes concomitantemente.

Como demonstra Carrozo (1991), é fundamental articular o conceito de construção de uma rede social de referência para o usuário paralelo à ligação dos pontos da rede de saúde e demais áreas como um todo, pois “ativando” as conexões da rede através de casos singulares, possibilita criar fluxos na mesma de forma ampliada, nos quais os vínculos afetivos funcionariam como nós de sustentação. É fértil também a proposta de rede terapêutica composta pelo aparato formal, bem como recursos comunitários e até mesmo recortes cotidianos como campos clínicos, com potencial terapêutico (CAUCHICK, 2001).

Na pesquisa realizada nas bases de dados da CAPES, encontramos algumas experiências relatadas da inserção do AT nos CAPS, buscando evidenciar a potencialidade desta modalidade de clínica ampliada. Essencial expor brevemente essas experimentações positivas da atuação do at na rede de saúde mental, precisamente nos CAPS, em diferentes pontos do país.

Palombini (2004) relata iniciativa pioneira na articulação do fazer do at nos serviços substitutivos de Porto Alegre-RS, num projeto de parceria entre instituições de saúde, universidade, Escola de Saúde Pública- RS, atuando tanto na inserção do AT na rede de saúde e educação, como promovendo a discussão da prática e qualificação de trabalhadores da rede e estudantes. Atualmente o Curso de Qualificação para Acompanhamento Terapêutico, oferecido pela ESP-RS aos trabalhadores da RAPS, encontra-se em sua 7ª edição. Nogueira (2009) relata a experiência de AT desenvolvida em Betim e Belo Horizonte, na qual a prática do AT está disseminada nos serviços substitutivos da rede pública de saúde mental, geralmente vinculados a parcerias com universidades locais. Carniel e Pedrão (2009) compartilham um caso de AT num CAPS em Ribeirão Preto, que obteve efeitos importantes na usuária e na equipe de saúde mental. Vilela, Silva e Oliveira (2010) comentam a prática do AT em CAPS em Belo Horizonte, que foi instituída há alguns anos com resultados satisfatórios. Vasconcelos, Machado e Mendonça Filho (2013) reportam a inserção pontual do AT em Aracaju, vinculado a rede pública, que teve consequências positivas para as usuárias bem como para as equipes dos CAPS envolvidos, problematizando este dispositivo.

Constata-se que os exemplos apontados na literatura são muito pontuais. Embora destaquem o caráter positivo e resolutivo do AT na rede pública, não se delineiam como um recurso disponível efetivamente, passível de ser acessado pela população atendida no CAPS.

De acordo com Silva (2013), não há ausência de AT nos CAPS, mas dificuldades do mesmo em ser utilizado no sistema de saúde público. Aspectos como a falta de regulamentação da atividade (perspectiva ética/legal), restrições à realização de amplo concurso público para contratação de ats em todo o país e remuneração inadequada dos poucos acompanhantes terapêuticos atuantes no setor público configurariam barreiras importantes no acesso esta modalidade de atendimento na rede pública. Vasconcelos, Machado e Mendonça Filho (2013) sinalizam ainda para o excesso de demanda por atendimento nos serviços especializados (custo econômico elevado). Desta forma, a oferta do AT fica praticamente restrita ao setor de saúde privado, apenas para usuários com bom poder aquisitivo.

A perspectiva de uma vida cotidiana baseada na grupalidade é trazida por Cesarino (1991), pontuando uma diferença no modo de vida perpassado pela questão econômica e social, que por sua vez contribuiria para a reflexão sobre abordagens como AT para além da justificativa da falta de recursos financeiros na rede para oferecer atendimentos individuais em larga escala.

Relatório sobre a saúde mental mundial, produzido pela OMS/OPAS (2001), já apontava a falta de investimento financeiro adequado dos governos de países em desenvolvimento na rede substitutiva de saúde mental, demonstrando que apenas a reorganização do modelo de atenção comunitário é insuficiente para uma assistência de qualidade.

Apesar deste panorama desfavorável, há passos para a regulamentação do trabalho dos acompanhantes terapêuticos, que poderiam ser seguidos:

Há vários anos insistimos em situar quais seriam os passos que deveriam ser dados para continuar avançando em direção à regulamentação do trabalho dos acompanhantes terapêuticos e à otimização de sua eficácia clínica, com a necessidade de que essa prestação de serviço deixasse de ser um artigo de luxo para uns poucos pacientes- ficando a maioria deles privados dessa prestação diante da falta de reconhecimento por parte de seus respectivos planos de saúde ou sistemas pré-pagos de saúde-, para passar a ser um recurso disponível para todos os tratamentos que assim o

requeiram. Tornar-se-ia indispensável, em primeiro lugar, o desenvolvimento das instâncias de formação adequadas e devidamente regulamentadas, que pudessem ser instituídas no contexto que tornasse possível que essa especialidade aspirasse a ter o lugar que lhe corresponde no sistema de saúde mental. (PULICEL, MANSON e TEPERMAN, 2005, p.29)

Ainda conforme estes autores há dificuldade de inclusão do AT tanto na rede pública quanto na privada na Argentina, na medida em que os planos de saúde recusam-se a custear os honorários dos ats. Segundo eles, a regulamentação da atividade pode contribuir para a disponibilização do AT na rede pública de saúde.

A falta da profissionalização da atividade desempenhada pelo at impede que este importante dispositivo para a reabilitação psicossocial integre a rede de saúde mental. Todavia, como aponta Chauí-Berlinck (2012), há uma resistência dos ats por temor de engessamento de sua potência terapêutica, diretamente atribuída à criatividade/flexibilidade que demanda este dispositivo diante do inusitado no cotidiano de sua prática, que advém de uma regulamentação da atividade.

No corrente ano, temos a publicação da CIB RS N.233/14, que trata da formalização de aporte financeiro para a contratação de profissionais de saúde de nível médio/superior para desempenhar a função de acompanhante terapêutico, vinculados às equipes da atenção básica (UBS/ESF). Estes profissionais devem ser supervisionados por um profissional de nível superior com experiência em saúde mental, integrante da rede do município. Tal resolução valoriza a prática do AT como um recurso clínico na rede pública de saúde, vislumbrando também não somente uma formalização da função desempenhada pelo at, mas viabilizando também uma inscrição simbólica necessária da função do mesmo (PULICEL; MANSON; TEPERMAN, 2005) dentro da atual Política de Saúde Mental Estadual.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos utilizar o conceito de contorno plástico, utilizado por Chauí-Berlinck (2012), que busca delimitar com alguma flexibilidade o fazer do at, de forma que possa inserir-se formalmente nos serviços públicos de saúde mental. Ampliar a inserção do AT na rede de saúde mental passa, necessariamente, por uma reflexão

sobre a profissionalização/formação do at (CHAUÍ-BERLINCK, 2012; PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Incluir o AT nas modalidades de atendimento oferecidas pelo CAPS não significa necessariamente institucionalizá-lo, já que há diferença entre disponibilizar mais uma alternativa de modalidade clínica resolutive no tratamento dos usuários em saúde mental de apontá-la como única modalidade possível. Também não se trata de definir a que área ou profissão pertence o AT, uma vez que muito de seu potencial terapêutico provém da pluralidade e diversidade deste fazer, bem como de um diálogo interdisciplinar constante.

De modo algum pretendemos definir o AT como um recurso clínico milagroso, que solucionará todos os problemas do CAPS e da rede. Como deixam evidente Gonçalves e Benevides de Barros (2013), não é função do AT solucionar problemas das equipes de saúde ou da rede, decorrentes de diversos aspectos do funcionamento institucional dos serviços. Sua função é de potencializar as conexões na rede. Entretanto, é urgente buscar formas de afirmar o exercício do AT no SUS, principalmente nos CAPS, considerando que as premissas de funcionamento de ambos se sustentam na lógica de cuidado humanizado e territorializado.

Cabe ainda destacar que a simples substituição do modelo de atenção não garante, por si só, a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico. Sem uma mudança no paradigma que sustenta a nova proposta de cuidado integral, incorremos no risco de reproduzir efeitos de cronicidade, presentes no modo de funcionamento de alguns CAPS, exemplificado na falta de altas e falta de articulação no território como um todo, seja nos espaços formais/informais.

É indispensável que estejamos atentos para o risco de reprodução da dependência e cronificação, equivalentes aos produzidos pelo modelo asilar, que o aumento da demanda nos CAPS traz (GONÇALVES; BENEVIDES DE BARROS, 2013). A única forma de trabalhar estes riscos é manter espaços de discussão e reflexão das práticas clínica e institucional constantes, através de oportunidades de educação permanente dos trabalhadores da saúde mental.

Este sem lugar do AT, ligado a falta de respaldo institucional que sustente seu desenvolvimento de modo abrangente e contínuo, permite que as iniciativas de utilização deste dispositivo terapêutico nos CAPS sejam desempenhadas pelos estagiários (FIORATI, 2013) ou por uma espécie de agente comunitário de saúde mental, como nos exemplo dos acompanhantes comunitários (ACs) que atuam na

rede pública em São Paulo (SERENO, 2011). São alternativas válidas para a popularização do AT na rede pública. Contudo, seria interessante que estas experiências pudessem ser ampliadas, viabilizando uma prática de at cotidiana também por parte dos técnicos de saúde mental, nos diferentes espaços da RAPS.

Pelliccioli (2004) sugere a possibilidade de desenvolver AT em grupo, democratizando o acesso ao mesmo, em experiência desenvolvida na rede pública de saúde em Viamão, a qual dispõe de ats contratados vinculados aos serviços substitutivos de saúde mental do município. A própria publicação da CIB RS 233/2014 sinaliza para um caminho de criação de espaços necessários destinados ao AT na rede pública, ainda que num primeiro momento vinculado a atenção básica.

Precisamos prosseguir num processo de reflexão e amadurecimento, buscando encontrar formas de viabilizar a ampliação do acesso ao AT no CAPS enquanto recurso terapêutico incentivador da clínica ampliada e instrumento efetivador da reforma psiquiátrica. O AT segue em movimento, reiventando-se diariamente enquanto é utilizado no campo da saúde mental.

### **Therapeutic Accompaniment in PACS: exploring network construction possibilities**

**Abstract:** This article aims to outline a brief overview of Therapeutic Accompaniment (TA) in the context of Psychiatric Reform and discuss its potential as a therapeutic approach in the treatment of patients with severe mental suffering, met in public health. Specifically we will concentrate on practices developed in Psychosocial Attention Centers (PACS). The literature was reviewed in the CAPES database searching TA experiences in PACS. Although several authors suggest the TA as a promoter therapeutic practice of autonomy and psychosocial rehabilitation, aligned the care proposals within the comprehensive care for mental health users, reports of its use in the Unified Health System (UHS) are scarce. Some barriers evident for TA insertion in PACS are the lack of regulation of this practice, increased demand in services and lack of financial resources. However, we had successful experiences, as well as efforts to enter the TA in substitutive mental health services more broadly.

**Keywords:** Therapeutic Accompaniment. PACS. Mental Health. Networks.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI NETO, Manuel de. Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O Acompanhamento Terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(4), 964-975, 2013.

BARRETTO, Kleber Duarte. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico. Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA), em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html)>. Acesso em: 21 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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).

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>  
. Acesso em: 25 ago. 2014.

CARNIEL, Aline Cristina Dadalte; PEDRÃO, Luiz Jorge. Contribuições do acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 12 (1), 63-72, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a08.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CARROZZO, Nelson Luiz M. Campo de criação, campo terapêutico. In: Equipe de Ats do hospital dia A Casa (org). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.

CAUCHICK, Maria Paula. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Annablume, 2001.

CESARINO, Antônio Carlos. A rua e o social de cada um. In: Equipe de Ats do hospital dia A Casa (org). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.

CHAUÍ-BERLINCK, Luciana. **Novos andarilhos do bem. Caminhos do acompanhamento terapêutico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL (ESP-RS). **Curso de Qualificação para Acompanhamento Terapêutico**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/conteudo/1656/curso-de-qualificaC3A7C3A3o-para-acompanhamento-terapC3AAutico>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução N° 233/14 CIB/ RS**. Institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, nas unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262770\\_cibr233\\_14.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262770_cibr233_14.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), 205-215, 2009.

FIORATI, Regina Celia. Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. **Psicologia & Sociedade**, 25(n.spe. 2), 82-89, 2013.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins; BENEVIDES DE BARROS, Regina Duarte. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. **Psicologia & Sociedade**, 25 (n. spe. 2), 108-116, 2013.

MARQUES, Mariana Ribeiro. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. **Psicologia & Sociedade**, 25(n. spe. 2), 31-40, 2013.

NOGUEIRA, Anamaria Batista. O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. **Psicologia em revista**, v.15, n.2, 204-222, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

PALOMBINI, Analice de Lima e cols. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PELLICCIOLI, Eduardo; CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath; MITTMANN, Nauro (orgs.) **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1998.

PELLICCIOLI, Eduardo. **O trabalho do acompanhante terapêutico em grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica (PUCRS), Porto Alegre, 2004.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O Acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface- Comunicação, Saúde & Educação**, v.13, n. 30, 67-77, 2009.

PORTO, Maurício; SERENO, Debora. Sobre o Acompanhamento terapêutico. In: SILVA, Alex Sandro Tavares; SILVA, Rosane Neves. **A emergência do Acompanhamento Terapêutico e as políticas públicas de saúde mental**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 210-221, 2006.

PULICEL, Gabriel Omar; MANSON, Federico; TEPERMAN, Daniela. Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. **Estilos da Clínica**, v.10, n.19, 12-31, 2005.

QUAGLIATTTO, Helga de Souza Machado; SANTOS, Ricardo Gomide. Psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico: uma aliança de trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 24(1), 74-81, 2004.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, 14(1), 77-83, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SERENO, Debora. Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT). **Psicologia Revista**, v.21, n.2, 217-232, 2012.

SILVA, Alex Sandro Tavares; SILVA, Rosane Neves. A emergência do Acompanhamento Terapêutico e as políticas de saúde mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, 26(2), 210-221, 2006.

SILVA, Alex Sandro Tavares. A Psicologia tomando a “rua” como setting: o “fazer andarilho”. In: JACQUES, Wilson Cleber Antunes (et al.). **Histórias e Memórias de Psicologia: Trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40 anos de regulamentação da profissão de Psicólogo no Brasil**. Porto Alegre, RS: CRP – 7º Região, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Acompanhamento Terapêutico (AT) e o Estado Democrático de Direito...Uma relação problemática?** Disponível em: <<http://siteat.net/2013/02/01/regulamentar/>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_ (org.) **E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico**. Porto Alegre: Edição do autor, 2012. Disponível em: <<http://siteat.net/biblioteca/e-book-at/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; MENDONÇA FILHO, Manoel. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. **Psicologia & Sociedade**, 25(n.spe. 2), 95-107, 2013.

VILELA, Aline Aguiar Mendes; SILVA, Celso Renato; OLIVEIRA, Janette Brito. O AT como recurso clínico no tratamento da psicose. **CliniCAPS**, vol.4, n.10, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) & CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION PLATFORM. **Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey**. Geneva, WHO, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112829/1/9789241506816\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112829/1/9789241506816_eng.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems**. Geneva, WHO, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_paper\\_integrating\\_mental\\_disorders/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_integrating_mental_disorders/en/)>. Acesso em: 10 jul. 2014.