



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**CLÍNICA AMPLIADA E ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO: O REGISTRO DE NOVAS PRÁTICAS
NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Lucas de Abreu Collares

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**CLÍNICA AMPLIADA E ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO: O REGISTRO DE NOVAS PRÁTICAS NO
CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA**

Lucas de Abreu Collares

Trabalho de conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de concentração em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof. Ter. Ocup. Dra. Rita de Cássia de Oliveira Barcellos

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no
Sistema Público de Saúde**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de
Conclusão de Pós-Graduação em Nível de Especialização**

**CLÍNICA AMPLIADA E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: O
REGISTRO DE NOVAS PRÁTICAS NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

elaborado por

Lucas de Abreu Collares

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rita de Cássia de Oliveira Barcellos, Dr^a
(Presidente/Orientadora)

Martha Helena Oliveira Noal, M^a (UFSM)

Marcelo da Rosa Maia, Esp (UFSM)

Santa Maria, 28 de Maio de 2015.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma do nosso corpo e esquecer os caminhos antigos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia – e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa (1888 – 1935)

CLÍNICA AMPLIADA E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: UM ESTUDO DE CASO

Extended clinical and therapeutic monitoring: A case study

COLLARES, L. A.
BITTENCOURT, R. C. B.
ROSA, A. M.
CONCEIÇÃO, D. L.

RESUMO: Historicamente, o modelo de gestão e atenção na prática em saúde mental vem sofrendo profundas mudanças epistemológicas que visam construir uma práxis consonante aos princípios da reforma psiquiátrica. A estratégia de coleta de dados para esse estudo consistiu na análise documental, na perspectiva de um estudo de caso explanatório, onde foram analisadas as práticas de intervenção em saúde mental frente a um usuário do serviço de internação psiquiátrica. A análise das intervenções em saúde se deteve às práticas relacionadas ao modelo da clínica ampliada. O processo de construção do referencial teórico acerca dos dispositivos da clínica ampliada e do Acompanhamento Terapêutico (AT) se deu a partir de artigos das bases de dados SciELO, do portal de periódicos CAPES, por meio dos seguintes descritores: “Clínica ampliada”, “Acompanhamento terapêutico” e “Saúde Mental”. Os referenciais desenvolvidos pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a proposta da clínica ampliada, na perspectiva de Campos (1997), formaram a base conceitual desta pesquisa. Para a revisão de aspectos históricos da psiquiatria e da saúde mental, foram utilizados trabalhos clássicos, bem como capítulos de livros, artigos e manuais redigidos por autoridades nas áreas de interesse. Nossos resultados sugerem que intervenções ampliadas (acolhimento, escuta qualificada, projeto terapêutico singular) foram capazes de promover o vínculo necessário para a adesão do usuário à prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) e facilitação ao processo de reabilitação.

Palavras-chave: Clínica ampliada. Acompanhamento terapêutico. Saúde Mental.

ABSTRACT: Historically, a management and attention models in mental health practice has undergone profound epistemological changes that aim to build a consonant praxis to principles of psychiatric reform. The data collection strategy for this study consisted of documentary analysis, from the perspective of a study of explanatory case, which analyzed the intervention practices in mental health across a user of psychiatric hospitalization service. In this study,

interventions analysis of health practices were attained to the expanded clinical model. The process construction of the theoretical referential about clinic devices expanded and make Therapeutic Accompaniment (TA), it was given by SciELO data bases and CAPES Journal Portal through the following descriptors "Extended Clinic", "Monitoring therapeutic "and" Mental Health ". The referential was develop by the National Humanization Policy (Brasil, 2004) and the proposal of extended clinic, in the perspective of Campos (1997), have formed the conceptual base of this research. For the Historical Aspects Review of psychiatry and mental health, were used classical works as well as book chapters, articles and manuals written by authorities in areas of interest. Our results suggest that extended interventions (hosting, qualified Listen, Singular therapeutic project) were capable of promoting a needing bond of the user's acception to the therapeutic accompaniment (TA) and facilitating the rehabilitation process.

Keywords: Extended clinic. Therapeutic accompaniment. Mental health.

Introdução

Historicamente, o hospital e o tratamento psiquiátrico clássico foram associados à prática da exclusão e destituição da autonomia frente ao tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Essa realidade foi denunciada e estudada por autores do campo da reforma psiquiátrica, que identificaram algumas características - nas instituições e nas condutas profissionais - promotoras da exclusão social, da quebra de vínculos familiares, consequências diretas do modelo clínico manicomial baseado em condutas disciplinares (BASAGLIA, 2008).

O saber uniprofissional decidia sobre diagnóstico e tratamento, sem levar em consideração a opinião de outros núcleos profissionais frente ao cuidado ofertado às demandas do paciente psiquiátrico. Já as instituições psiquiátricas possuíam rígidos esquemas de segurança, disciplina e punição (GOFFMAN, 2008; ROTELLI, 2008).

No contexto histórico nacional o primeiro hospício foi inaugurado em dezembro de 1852, o Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, o qual nasceu nos moldes da medicina higienista, de base positivista, cujo objetivo consistia em retirar os marginalizados das ruas do Rio de Janeiro. Todos aqueles que eram excluídos socialmente foram direcionados a esta instituição na época, assim, pobres, prostitutas, delinquentes, portadores de doenças venéreas e os loucos

ficaram afastados dos centros urbanos por décadas. O tratamento seguia o modelo higienista, mas com profunda influência da ordem religiosa católica, o que explica o tratamento com características disciplinares no início destas instituições asilares (AMARANTE et al., 2003).

Em decorrência de muitos excessos e crimes aos direitos humanos, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, subsidiou material para questionar as velhas práticas da lógica manicomial. Este movimento ampliou a visão sobre o processo saúde-doença e iniciou o rompimento com o paradigma *flexneriano*. No Brasil, a reforma psiquiátrica teve como marco o ano de 1978 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual protagonizou as ações que visaram denunciar a violência praticada nos manicômios, a mercantilização da loucura, além de criticar a hegemonia de uma assistência à saúde de caráter privado. O Movimento elaborou uma crítica coletiva ao dito saber psiquiátrico, tornando a assistência mais humanizada, questionando o tratamento ao sujeito com sofrimento psíquico, baseado no modelo hospitalar (BRASIL, 2005).

Partindo da perspectiva de um modelo biológico de psicopatologia e, avançando para um modelo de cuidado ampliado por meio da corrente biopsicossocial, produziu-se uma ruptura com o paradigma da clínica tradicional, esse processo foi materializado na adesão do Brasil aos preceitos da Declaração de Caracas e na promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001).

Assim nasceu a Política de Saúde Mental nacional, que alterou a lógica de cuidado ao usuário com transtorno mental, substituindo os hospitais psiquiátricos por modelos de assistência que não mais excluam os sujeitos do convívio com suas famílias ou da sociedade (BRASIL, 2005). Contudo, a internação psiquiátrica ainda é um ponto de fragilidade no processo de consolidação da reforma psiquiátrica, permanecendo traços da psiquiatria clássica em detrimento do modelo de atenção de base territorial. Alves e Guljor (2006) referem que o modelo clínico tradicional, ainda hegemônico em hospitais, tem como foco o tratamento da doença em detrimento de outros fatores da equação saúde e doença.

Tendo em vista as prováveis dificuldades de diálogo entre os paradigmas discordantes - biomédico e biopsicossocial -, sendo este último o que sustenta nossa pesquisa, objetivamos a descrição e análise dos processos de trabalho realizados em uma unidade de internação psiquiátrica, visando revelar qual a influência das práticas ampliadas sobre a produção do vínculo, entre o profissional de saúde e o usuário, ao dispositivo do Acompanhamento Terapêutico (AT) após a alta hospitalar.

Método

Este estudo se apresenta como parte de um projeto maior de pesquisa-intervenção intitulado “O Acompanhamento Terapêutico na promoção do acesso à rede de cuidado longitudinal: o hospital em diálogo com a Reforma Psiquiátrica”, que objetivou analisar os mecanismos facilitadores do Acompanhamento Terapêutico (AT) enquanto prática promotora da clínica ampliada, tendo como ponto de partida uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário, constituindo como objetivo específico o acompanhamento de usuários do serviço, a partir da lógica da reinserção biopsicossocial.

Selecionamos o caso de um usuário para apresentar neste estudo devido à sua riqueza de detalhes e pelo acompanhamento integral que recebeu por parte da equipe em todas as etapas da pesquisa. Os dados analisados neste estudo são referentes ao período da última internação psiquiátrica do usuário em questão.

O processo de análise visou identificar as intervenções clínicas que se relacionavam à práxis da clínica ampliada na promoção do vínculo necessário entre o usuário e o profissional de saúde frente ao dispositivo de AT no momento do pós-alta hospitalar. Salientamos ainda que a prática do AT e da clínica ampliada ainda são incipientes na unidade de psiquiatria em questão, por isso procedemos com a análise de sua implantação e de seus desfechos clínicos.

A estratégia de coleta do material para esse estudo consistiu na análise documental dos registros nos prontuários, produzidos pelos profissionais de saúde, a partir do desenho metodológico do estudo de caso explanatório. O estudo explanatório possui como característica a elucidação sobre o encadeamento de evidências entre um fenômeno e um conjunto de elementos relacionados a ele (YIN, 2010). Flick (2009) salienta que, em termos gerais, os documentos podem representar não somente as rotinas praticadas nas instituições, mas também descrever os ingredientes que legitimam a manutenção de algumas práticas.

O estudo de caso e a análise documental tornam-se relevantes frente a possíveis problemas ou dificuldades detectadas nas práticas institucionais. Conforme Minayo (2013), o estudo de caso consiste na análise de características contextuais, relações e percepções acerca de um fenômeno ou evento através de estratégias qualitativas. É um método capaz de elucidar sobre aspectos significativos de um evento, aprofundando o conhecimento sobre os processos envolvidos neste, bem como intervenções que foram realizadas.

No processo de análise dos prontuários, identificamos palavras-chave que pudessem designar a prática da clínica ampliada na unidade de internação. Este processo teve como base

uma aproximação com a estratégia analítica geral das proposições teóricas, a qual visou construir um plano para a coleta de dados conforme a literatura atual sobre as temáticas da pesquisa. De acordo com Yin (2010), esse procedimento fornece um eixo organizador para o estudo de caso e auxilia na definição de explicações teóricas para as situações analisadas.

Neste estudo, o plano de coleta de dados teve por objetivo identificar as práticas da clínica ampliada no âmbito hospitalar, que possuem como características: a consideração pela singularidade do sujeito em tratamento; a produção de autonomia; a prática da intersetorialidade; a produção de vida; a integralidade; a história de vida; por fim, fatores contextuais relacionados ao processo saúde-doença (CAMPOS, 1997; BRASIL, 2007).

Após a identificação dos excertos documentais que se relacionavam com as práticas-alvo do estudo, seguimos com a realização da construção da explicação (estratégia analítica secundária) em uma aproximação com o modelo proposto por Yin (2010). Assim, o processo analítico partiu de uma declaração teórica inicial (produto da fundamentação analítica prévia), apresentando como etapas subsequentes a comparação da declaração teórica com os dados fornecidos pelos documentos e a produção da explicação final.

O projeto passou por análise prévia no sistema de gerência de ensino e pesquisa do hospital universitário em questão e após ser aprovado foi submetido à plataforma Brasil, na qual obteve certificação sob o nº CAAE 37867814.2.0000.5346.

O familiar responsável pelo usuário, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os pesquisadores se comprometeram de manter o sigilo das informações coletadas através do Termo de Confidencialidade (TC). Informamos, ainda, que as informações obtidas na pesquisa poderiam ser divulgadas em meios especializados com o devido anonimato do usuário envolvido.

Com o propósito de subsidiar os possíveis achados da investigação documental a partir do material encontrado no prontuário, foi necessário buscar o estado da arte no campo da reforma psiquiátrica, com a finalidade de desenvolver uma leitura prévia balizada por autores considerados referências neste campo, assim constituindo uma base fidedigna capaz de analisar a sustentabilidade ou não dos relatos identificados. Esse processo de fundamentação analítica acerca dos dispositivos da clínica ampliada e do AT, se deu a partir de artigos das bases de dados SciELO e portal de periódicos CAPES através dos seguintes descritores “Clínica ampliada”, “Acompanhamento terapêutico” e “Saúde mental”. A partir desta, selecionamos aqueles estudos que poderiam contribuir especificamente com os objetivos deste trabalho. Para a revisão de aspectos históricos da psiquiatria e da saúde mental, foram

utilizados trabalhos clássicos, bem como capítulos de livros, artigos e manuais redigidos por autoridades nas áreas de interesse.

Referencial teórico

“Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social.” (AMARANTE, 2007, p. 19). Esta afirmação pode ser entendida como uma síntese da crítica ao modelo clínico tradicional (*flexneriano*) frente ao cuidado em saúde mental e a possibilidade de entender o campo da subjetividade humana a partir de um olhar polissêmico, amplo do ponto de vista das possibilidades teórico-práticas. Atualmente o modelo de clínica vem sendo reformulado e ampliado, tornando o processo de anamnese uma prática complexa e mais fidedigna frente ao contexto dos usuários dos serviços de saúde.

Campos (1997) inaugurou o conceito de uma nova prática, a clínica ampliada, a qual possui como centro o sujeito e seu contexto, uma prática mais ampla do que o foco na patologia, ou seja, a inauguração de uma prática que busca a integralidade em saúde ou clínica do sujeito. Por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) o conceito de clínica ampliada foi oficializado como diretriz teórica e prática frente ao processo saúde\doença. A utilização deste conceito enquanto ferramenta oficial adotada pelo Ministério da Saúde visa promover uma mudança na forma da atenção e na gestão dos processos de trabalho em saúde, uma modificação que atenda aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços na conceituação do modelo de clínica e da adoção de uma prática ampliada enquanto discurso oficial da política pública de saúde, ainda persiste o modelo tradicional clínico com foco na doença. O paradigma biomédico sustenta a formação de muitos cursos de graduação, e ainda faltam espaços de educação continuada em alguns serviços da rede de saúde, desta forma a qualificação profissional para atuar com o modelo da clínica ampliada sofre prejuízos significativos que afetam a capacidade de avaliação e intervenção dos profissionais frente à complexidade das demandas advindas do sujeito e de seu contexto (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

O modelo clínico transmitido nas academias pode ser visto como um reflexo das práticas clínicas do passado, conforme Basaglia (2008), o modelo biomédico foi utilizado como instrumento de controle social, onde fenômenos históricos e sociais foram enquadrados

na perspectiva dos fenômenos naturais, desta forma entendia-se a doença como algo que necessitava de intervenção médica, mas dissociada de aspectos da vida social, ou seja, estes não eram considerados como eliciadores da doença. A clínica tradicional evoluiu ao longo dos anos e atualmente considera aspectos ambientais\sanitários como eliciadores de doenças, todavia o enfoque ainda é no adoecimento em detrimento de outros fatores (históricos, psicológicos, socioeconômicos) no equacionamento do processo saúde-doença.

Frente à reforma da prática clínica em saúde mental, no âmbito internacional, o movimento reformista da psiquiatria democrática italiana protagonizou profundas mudanças na oferta do tratamento, substituindo o modelo hospitalar por serviços de atenção psicossocial com base territorial. Neste modelo foi possível ampliar a percepção sobre o processo saúde-doença, e assim alguns determinantes, antes negados pela psiquiatria clássica, ingressaram na oferta de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico (ROTELLI, 2008). A política nacional de saúde mental sofreu grande influência do modelo italiano, o que implicou na assinatura da Declaração de Caracas (1990) e na promulgação da Lei nº 10.216 (2001), também conhecida como Lei Paulo Delgado.

Com o surgimento dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a redução de leitos nas unidades de internação psiquiátrica, novos arranjos organizacionais foram pensados, assim a rede de atenção psicossocial e ações de caráter intersetorial se tornaram o foco de novas práticas no campo da saúde mental (BRASIL, 2010). Desta forma, a integralidade, diretriz do SUS prevista na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), tornou-se uma realidade possível no campo da saúde mental. Por conseguinte a articulação de distintos serviços e saberes fornece os ingredientes necessários para a ruptura com o cuidado fragmentado e aproxima as intervenções da realidade de cada sujeito atendido.

O *background* atual da política de saúde mental se tornou profícuo ao advento de novas práticas e saberes. Campos (1997) sugere que a clínica passe por um processo de transformação, ampliando seu objeto de estudo e intervenção, isto é, o surgimento de uma clínica do sujeito, que compreende a enfermidade como uma parcela do problema enfrentado pelo indivíduo, parcela que não pode ser dissociada de elementos subjetivos, sociais e históricos. A necessidade de transformar a clínica procede da singularidade de cada sujeito, pois fatores contextuais podem atuar de forma direta ou indireta na manifestação e manutenção do processo saúde-doença.

Para o Ministério da Saúde, as principais características da clínica ampliada residem na prática de um fazer ético, de profunda responsabilidade sobre a saúde dos usuários dos serviços. É uma forma de clínica que garante uma visão singular sobre a problemática

enfrentada pelo usuário, e que garante a produção de intervenções de caráter intersetorial (BRASIL, 2007). É dentro desta perspectiva que o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico (AT) pode ser compreendido, pois sua práxis engloba uma nova postura frente à psicopatologia, um modo de dialogar com a rede de atenção à saúde e demais serviços intersetoriais - é uma abordagem singular e incorporada aos princípios da reforma psiquiátrica e da clínica ampliada.

Conforme Palombini (2006), o AT é um dispositivo clínico-político e possui a capacidade de promover mudanças na vida do usuário, mas também se reflete na vida do acompanhante terapêutico (profissional de saúde mental). A ação deste sobre o acompanhado reside na formação de vínculo e na capacidade de alcançar aquele que não se afeta pelas formas de tratamento tradicionais ou pelos dispositivos da rede de serviços substitutivos. Os efeitos do AT no acompanhante se refletem em sua prática clínica, ou seja, o ato de acompanhar o usuário para fora dos muros institucionais pode produzir um novo modo de perceber a relação terapêutica, mudando, desta forma, a postura frente ao usuário e à prática rotineira.

Resultados

Analisar os processos de trabalho envolvidos no cuidado frente ao usuário de saúde mental internado na unidade psiquiátrica em questão implicou no aprofundamento sobre sua história, a busca dos registros das ações no prontuário e a descrição das tecnologias utilizadas para cuidar às demandas relativas ao sofrimento psíquico. O foco da análise do prontuário se deteve às intervenções que objetivaram promover a adesão do usuário ao dispositivo do AT a partir da lógica da clínica ampliada no âmbito hospitalar.

Abaixo segue uma breve descrição do caso que foi acompanhado durante o período de internação, alguns excertos do prontuário do usuário e uma apresentação narrativa das intervenções em saúde e seus respectivos desfechos até o momento da alta hospitalar.

Caso Guilherme¹

¹ Nome fictício

Guilherme tem 19 anos, é do sexo masculino, não tem filhos, ensino fundamental incompleto, possui 8 irmãos e reside na mesma casa onde moram também sua mãe e um dos irmãos. O usuário chegou ao pronto atendimento de psiquiatria acompanhado por um técnico de enfermagem de uma unidade de saúde de um bairro da cidade. Guilherme tem diagnóstico de esquizofrenia e foi internado em decorrência de ideação suicida, humor deprimido e sintomas psicóticos. O usuário apresentava fraco suporte familiar: mora com a mãe (alcoolista) e com um irmão menor. A família vive em situação de extrema vulnerabilidade social. Demonstra dificuldades para aderir ao tratamento psicossocial e ao uso dos psicofármacos. O usuário não tem vínculos empregatícios ou escolares.

Excertos dos registros de prontuário relacionados à Clínica Ampliada no caso Guilherme:

[Realizo conversa individual com Guilherme, o mesmo está apresentando uma boa evolução, durante esse pouco tempo de internação, porém, ainda está tendo pensamentos negativos e apresentando queixas somáticas. Guilherme relata sobre seus conflitos familiares com sua mãe e irmão, diz estar insuportável a situação em sua casa, que passa por divergências com o irmão e que quando sua mãe está alcoolizada coloca ele e o irmão um contra o outro (...). Guilherme conta que muitas vezes se sente abandonado por sua família, mas que quando está internado na unidade sente sua mãe mais próxima e mais carinhosa, porém quando recebe alta hospitalar retornando a sua casa sua mãe altera seu comportamento se tornando mais distante e negligente. Planejo investigar queixa de Guilherme referente ao uso abusivo de álcool por parte de sua mãe e se necessário encaminhá-la para um serviço de atenção psicossocial para álcool e drogas.] - (Enfermagem);

[Converso com Guilherme individualmente, o mesmo fala sobre as dificuldades que enfrentou quando esteve no período escolar e que não conseguiu acabar o ensino fundamental, conta que os colegas davam risadas dele por ele usar tênis rosa e que não tinha amigos. Esse foi um dos motivos que fizeram Guilherme parar de frequentar a escola. Relata que gostaria de retornar ao ambiente escolar, pois gosta muito de escrever e sabe que para conseguir um bom emprego precisa ter estudos. Combinamos que ele retornará até a escola quando der alta hospitalar, a fim de informações para retornar aos estudos (...). Guilherme bastante estimulado me conta que tem muitos planos, mas que o primeiro é retornar aos estudos, logo realizar um curso e poder trabalhar.] - (Enfermagem);

[Realizo escuta do paciente visando propor atividade de acompanhamento terapêutico para o pós-alta, explico para Guilherme como a atividade poderá ser realizada e o que poderemos fazer juntos, como por exemplo, realizar a documentação necessária para que futuramente possa vir a regularizar sua situação de cidadão, Guilherme demonstra interesse e sente-se apoiado diante de tal disponibilidade. Conta que seria difícil de realizar a documentação, pois não se sente à vontade quando transita na rua (pensa que as pessoas ficam olhando-o e julgando-o). Guilherme tem esperança que essa atividade poderá ajudá-lo a sentir melhor, capacitado a procurar emprego e também a vir realizar atividades que deseja, mas que no momento sozinho apresenta dificuldades. Aproveito o momento e apresento a terapeuta ocupacional que irá nos acompanhar na atividade de AT. Usuário reage bem à presença da terapeuta e lhe pergunta sobre sua profissão. Na próxima conversa planejo identificar alguns pontos que o paciente gostaria de submeter à prática do acompanhamento terapêutico.] - (Enfermagem, Terapia Ocupacional);

[Realizamos visita domiciliar para a mãe de Guilherme a fim de avaliarmos a situação da relação mãe-filho e também para obter a documentação necessária para formalizar a inscrição do usuário aos programas de assistência social e de educação profissional. A mãe do usuário relata que estava com dificuldades financeiras para visitar o filho na internação (...). A mãe de Guilherme refere que possui conflitos com ele, mas também afirma que sente saudade do filho. Realizamos orientação parental.] - (Enfermagem, Psicologia);

[Conforme combinado com o usuário na última escuta nos propomos de pensar sobre quais atividades ele gostaria de realizar e no momento não consegue. Guilherme relata que tem o desejo de voltar aos estudos, realizar seus documentos e com isso conseguir um bom emprego. (...) proponho que possamos ir até o serviço do Pronatec com o objetivo de conhecer a metodologia de estudo e quais as vantagens que o aluno tem durante o período de formação, Guilherme demonstra interesse, porém fica com receio, pois geralmente não sai de casa desacompanhado. Guilherme conta que foi convidado a realizar alguns bicos por um conhecido e parece estimulado quanto ao trabalho. Reasseguro ao usuário que aos poucos irá se sentir

mais capacitado e autônomo para realizar as atividades supracitadas e que no momento seguirei o acompanhando a fim de montarmos uma proposta de tratamento singularizada.] – (Enfermagem);

[Realizo conversa com Guilherme a fim de ajudá-lo no planejamento de alta que ocorrerá na próxima semana, pergunto sobre suas expectativas e se tem algum planejamento para as atividades de casa, estudo ou trabalho. Guilherme relata que inicialmente gostaria de fazer uns “bicos” (trabalho informal) com uns amigos e retornar aos estudos. O encaminhamento médico para Guilherme consistiu em um documento de contra-referência para o ambulatório de saúde mental. Explico ao usuário sobre o serviço do Caps e sobre algumas oficinas que são realizadas neste serviço. Guilherme demonstra interesse no serviço, mas fala que irá pensar. Diz que irá tentar tomar a medicação nos horários certos, que sua mãe irá ajudá-lo se for preciso (segundo informações colhidas). Aproveito esse momento e peço ajuda para que a terapeuta ocupacional auxilie na programação de uma rotina de vida diária junto ao usuário. Guilherme aprova a proposta e se mostra esperançoso.] - (Enfermagem, Terapia Ocupacional).

Narrativa do percurso das intervenções no caso Guilherme

Conforme as informações contidas no prontuário, inicialmente, foi realizada a escuta das demandas do usuário. Esse processo foi de difícil execução, visto que havia presença de sintomas psicóticos (delírios). Na medida em que o usuário demonstrava maior engajamento nas atividades da unidade, a profissional de referência tentava identificar junto a Guilherme quais eram seus desejos, projetos de vida e angústias. Ao mesmo tempo em que avaliava seu estado mental, também relacionava outros aspectos do seu contexto.

Ao longo de sucessivas escutas, foi possível identificar o desejo de Guilherme de voltar aos estudos, realizar um curso e conquistar um emprego. A equipe de residência multiprofissional realizou visita domiciliar a fim de avaliar a relação mãe-filho, e demonstrar-lhes apoio à recuperação daquele vínculo. Durante o período de internação, a tecnologia utilizada como referência do trabalho foi a escuta, e por meio desta foi possível melhorar a relação de Guilherme com a mãe, pactuar seu AT após a alta hospitalar e definir algumas metas (refazer sua documentação e retornar aos estudos) construídas com ele. Tal processo caracteriza a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), no âmbito de uma unidade de internação psiquiátrica, e por meio desse dispositivo a materialização da clínica ampliada. Os processos de trabalho, utilizados na internação, também envolveram contato com serviços da rede de atenção psicossocial, estratégia saúde da família e de educação profissional.

Discussão

Analisando as informações contidas nos prontuários, foi possível perceber como se desenvolveram as ações de inserção de novas práticas no âmbito hospitalar através das intervenções multiprofissionais. Constatamos que as intervenções ampliadas frente ao usuário - como a escuta qualificada, o acolhimento e a construção de um PTS - foram capazes de promover o vínculo necessário ao planejamento do AT no momento da alta hospitalar. E a partir do dispositivo de AT a possibilidade de maximizar o poder de intervenção da clínica, auxiliando na reabilitação psicossocial, no processo de recuperação, na prevenção de novas crises e em última instância prevenindo reinternações hospitalares.

O AT é construído a partir da ideia de referência, ou seja, daquele profissional implicado na formação do vínculo com o usuário e na construção conjunta de um projeto terapêutico singular. Conforme Ribeiro (2009), o profissional de referência auxilia o usuário na construção do PTS, considerando seu contexto, laços na comunidade e relações familiares. A ideia de referência aliada à prática do AT visa desburocratizar a clínica realizada na instituição através da criação de sentidos e projetos pessoais. Perspectiva que vai ao encontro da essência da prática do AT, uma vez que, conforme Bezerra e Dimenstein (2009), o AT seria um meio de produzir novas formas de ser/estar no mundo para os usuários em sofrimento psíquico, uma forma que aposta na potência criativa de cada usuário, que o insere na sociedade e promove clínica a partir dos espaços urbanos que este circunda.

Esta proposta de trabalho vai ao encontro do dispositivo do PTS, em que as intervenções são discutidas pela equipe de referência mediante o desejo da pessoa atendida. O tratamento passa a fazer parte da escolha do usuário culminando numa ruptura definitiva com as práticas prescritivas em saúde (BRASIL, 2009).

Na perspectiva desta pesquisa, para os casos avaliados, foi possível identificar a presença de intervenções - escuta, oficinas, PTS - que valorizaram a singularidade dos sujeitos envolvidos, a criação de projetos pessoais, bem como sua liberdade em aceitar ou não o que lhes era proposto nas conversas de acolhimento.

Foi possível observar que existem registros no prontuário, que fazem referência ao trabalho com redes de produção de saúde, desde ações que fomentaram o contato com serviços como o CAPS, unidade básica de saúde, até serviços de caráter intersetorial, acionamentos que foram pensados junto ao usuário e que foram ao encontro do desejo deste.

Foi a partir da prática do acolhimento, da escuta e da clínica ampliada que se tornou possível compreender o contexto e desejo do sujeito da nossa pesquisa. Cabe registro que essas intervenções e contato com os serviços foram realizados pelos profissionais envolvidos com a lógica da clínica ampliada e buscaram romper com o encaminhamento burocrático,

muitas vezes restrito a um documento de referência e contra-referência. Conforme o Ministério da Saúde (2012), a implantação da lógica do trabalho em redes de produção de saúde é algo complexo, pois necessita da produção de tecnologias leves que possam promover uma articulação adequada entre serviços, saberes, especialidades, entre outros. Ou seja, não basta que existam serviços e especialidades, é necessário que exista o movimento de diálogo com os diferentes atores. A promoção de espaços de diálogo e troca de conhecimentos entre os diferentes núcleos profissionais é um dos papéis da clínica ampliada, cujo objetivo maior consiste na horizontalização dos processos de trabalho e na adoção de práticas integrais frente às necessidades dos usuários dos serviços.

Estas intervenções se basearam na noção de equipe de referência, enquanto um conjunto de profissionais que se responsabilizam pelos mesmos usuários e promovem o diálogo a fim de possibilitar uma clínica com caráter integral (BRASIL, 2007). Conforme Ribeiro (2009), a noção de profissional de referência também pode ser compreendida como a ação de um acompanhante terapêutico, em que o usuário busca construir projetos e formas de se relacionar com o mundo a partir dos vínculos estabelecidos com o profissional que o acompanha.

De acordo com Pitiá (2013), o AT é uma prática de cunho interdisciplinar que objetiva construir um projeto terapêutico singular com o usuário do serviço da atenção psicossocial. O caráter interdisciplinar impede a prática fragmentada e visa contemplar, de forma mais fidedigna, as demandas singulares e a complexidade social de cada usuário acompanhado.

As ações multiprofissionais foram identificadas em diversos momentos dos registros no prontuário; desde ações externas ao hospital, através das visitas domiciliares, cujo objetivo era de orientação aos familiares frente ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, até práticas singularizadas no âmbito hospitalar, em que se destacaram a avaliação multiprofissional das fragilidades socioeconômicas, a escuta qualificada, os grupos terapêuticos, oficinas e a construção de projetos de vida.

Para Pietroluongo e Resende (2007), a visita domiciliar configura um instrumental importante, pois é através dela que a família é capacitada na forma de atender as demandas da pessoa em sofrimento psíquico. Ou seja, a visita domiciliar favorece o incremento de uma maior autonomia do núcleo familiar em relação aos profissionais e instituições, bem como fortalece o sentimento de segurança dos familiares nas situações em que são interpelados sobre as situações decorrentes da pessoa com sofrimento psíquico.

Pereira et al (2014), reconhecem que o custo-benefício da atividade de visita domiciliar se mantém por seus resultados positivos frente ao tratamento dos usuários e suas

famílias, mesmo quando se constata que é uma forma de intervenção que requer um tempo maior dos profissionais e disponibilidade de recursos logísticos. Através do contato social, promovido pelas visitas domiciliares, é possível identificar demandas ampliadas em relação à saúde do usuário de saúde mental e seu núcleo familiar. É por meio desse processo que será composta a articulação entre os diferentes serviços e recursos comunitários de uma rede, cujo objetivo é o de fornecer suporte ao cuidado integral.

Quanto às práticas singularizadas, utilizadas no âmbito hospitalar, estas têm a função de produzir um tratamento integral das necessidades dos usuários. Assim, outras dimensões do processo saúde-doença entram no equacionamento das intervenções, buscando objetivos para além da formação do vínculo, como por exemplo, a produção de uma autonomia e de um tratamento contextualizado. De acordo com Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada deve contribuir para o fomento da autonomia do sujeito, por isso deve ampliar seu objetivo para além de ações curativas, preventivas ou de reabilitação. Para a Política Nacional de Humanização o processo de anamnese ampliada pode demonstrar, de forma clara, os limites das classificações diagnósticas tradicionais, auxiliando, assim, os profissionais de saúde no reconhecimento das características de cada sujeito atendido (BRASIL, 2009).

Os resultados sugerem que o vínculo (relação terapêutica) entre o profissional e o usuário, frente à prática do AT, pode estar diretamente relacionado aos processos de trabalho realizados no período em que o sujeito esteve internado. Desta forma, a utilização de intervenções ampliadas como a escuta qualificada, o acolhimento, a prática do PTS e as visitas domiciliares, inauguraram novas possibilidades de intervenção em saúde mental no *background* hospitalar, ou seja, com as tecnologias leves ou relacionais.

Uma série de elementos-chave destas intervenções pode explicar o sucesso na construção do vínculo entre o profissional de referência e o sujeito da pesquisa. Em sentido geral, as práticas que foram devidamente identificadas, enquanto vinculadas à noção de clínica ampliada, compartilharam das seguintes características: buscaram recordar elementos da história de vida do usuário; aprofundar o conhecimento sobre o contexto de vulnerabilidade; implementar o trabalho com projetos de vida; descobrir qual a percepção que o usuário criou sobre seu transtorno; fomentaram as habilidades e virtudes dos usuário do serviço.

Conforme Merhy (1997), as tecnologias leves fazem referência ao tipo de relação que os profissionais estabelecem com os usuários de saúde, ou seja, as práticas, nesta forma de intervenção, são caracterizadas por certo grau de intencionalidade e subjetividade na produção do cuidado em saúde. Dizem respeito ao conhecimento e uso de competências relacionais que

emergem na interação do profissional com o usuário. É através desta tecnologia que o profissional produzirá o acolhimento e formará vínculos terapêuticos significativos.

A inserção de práticas ampliadas no cenário hospitalar é fundamental à produção de um cuidado humanizado e integral. Entretanto, este processo de trabalho ainda é incipiente e enfrenta diversos obstáculos à sua consolidação. Por meio das informações obtidas nos registros de prontuário, fica evidente a existência de uma cisão paradigmática, mais especificamente entre os modelos biomédico e biopsicossocial. Essa diferença epistemológica implica na disparidade dos modos de produzir a gestão e atenção aos usuários.

Não existe um espaço oficial na instituição para o diálogo entre estes dois paradigmas, isto resulta em conhecimento fragmentado e ações que perdem sua eficácia por decisões realizadas de forma isolada. Na PNH, esse desequilíbrio das relações de poder frente à gestão e à atenção, nos casos clínicos, pode produzir o adoecimento de membros da equipe e fragmentação do cuidado, o que prejudica a qualidade dos atendimentos prestados, consequência direta da burocratização das práticas (BRASIL, 2007).

Não obstante essa incompatibilidade epistemológica frente ao modo de produzir o cuidado em saúde mental pode ser abordada por meio dos espaços de diálogo entre os profissionais, e assim favorecer novas formas de produzir a clínica. Campos e Amaral (2007) sugerem a criação de espaços de educação continuada no âmbito hospitalar, visando estimular a reorientação das práticas e saberes dos profissionais de saúde. Estes espaços são criados com fins a produzir o diálogo entre os diferentes profissionais, uma discussão acerca de novas práticas e o fomento a intervenções de caráter mais ampliado.

De acordo com Ceccim (2005), o aspecto mais nuclear da educação permanente é sua capacidade de gerar processos de pensamento que possam romper com o instituído, ou seja, com aquilo que está preestabelecido; numa palavra, com a “tradição”. Desta forma, o aprendizado passa a ser atravessado pela mutabilidade dos serviços e das demandas da realidade. Para a PNH, a discussão e gestão coletiva sobre o processo saúde\doença é fundamental para a promoção de novos saberes e práticas. Consequentemente, provoca-se uma ruptura com as intervenções mecânicas e cria-se a possibilidade de experimentar outras práticas diante de novos problemas (BRASIL, 2004).

Considerações finais

Este estudo objetivou identificar quais os elementos-chave, nos processos de trabalho, realizados em uma unidade de internação psiquiátrica, e qual sua relação com a produção do vínculo necessário à prática do AT. Os resultados aqui relatados fazem parte de um projeto maior de pesquisa e intervenção, cujo objetivo se concentrou na análise de mecanismos facilitadores frente à prática do AT, na dimensão do cuidado longitudinal, a partir do âmbito hospitalar.

Foram identificadas algumas evidências a favor da adoção de intervenções ampliadas junto ao usuário do serviço, principalmente em aspectos que visam promover uma continuidade do cuidado através da alta-assistida, tais como: realizar a construção de um PTS, considerar aspectos de vulnerabilidade e de saúde, identificar projetos de vida, considerar o contexto socioeconômico, mediar conflitos junto à família, atuar na promoção da reinserção social do usuário em seu território, assim como na rede de atenção psicossocial.

Reconhecemos que o uso da noção de equipe de referência aliada às práticas ampliadas - como o acolhimento, a escuta qualificada e a construção de um PTS - pode se relacionar à produção de vínculos mais sólidos entre o profissional e o usuário. Portanto, o vínculo, estimulado ainda na internação e posteriormente praticado fora dos domínios institucionais, atua como um agente facilitador da adesão do usuário ao dispositivo do AT.

Identificamos também uma cisão entre a prática dos diferentes modelos de clínica (biomédico e biopsicossocial) e os modelos de gestão nos atendimentos aos usuários. O modelo tradicional de clínica estabelece a produção de práticas hierarquizadas e fragmentadas para o cuidado, perdendo, portanto, a potência criativa das possibilidades do trabalho coletivo frente às complexas demandas. A cisão referida neste trabalho é relacionada ao modo de produzir clínica. A escolha dos profissionais por um dos modelos anteriormente mencionados não está, necessariamente, vinculada a um núcleo profissional específico. Desta forma, compreendemos que a inserção de práticas ampliadas em saúde no âmbito hospitalar é um processo gradual, iniciado nas diferentes formações em saúde e por meio da educação permanente nos serviços.

Contudo, promover mudanças nos processos de trabalho envolve uma abertura à aquisição de novos conhecimentos, espaço para o diálogo e estímulo ao pensar crítico-reflexivo. Um estudo realizado por Figueiredo e Campos (2014) demonstrou resultados promissores frente ao processo de formação de alguns profissionais da saúde através da metodologia Paideia, que envolve um processo ativo de ensino-aprendizagem a uma postura crítico-reflexiva acerca de si, do outro e dos entornos. Os autores sugerem que o fomento de espaços dialógicos pode operar mudanças nas práticas dos profissionais da saúde, no seu

papel social, nas suas ações. Tais efeitos sobre as suas formações seriam devido à construção de reflexões coletivas sobre suas práticas e ao autoquestionamento estimulado pelos espaços de diálogo, voltados ao aprofundamento da realidade, a novos conhecimentos dela provenientes e a novos modos de intervir sobre ela.

Constatamos que o processo de inserção de novas práticas em saúde foi atravessado por algumas limitações decorrentes do saber clínico tradicional, hegemônico, no cenário hospitalar. Contudo, nossos resultados sugerem que a prática da clínica ampliada no âmbito hospitalar pode atuar como um agente facilitador do AT nas intervenções relacionadas à alta-assistida, o que demonstra a importância da inovação na clínica frente às demandas complexas dos usuários acompanhados.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2006.

AMARANTE, P. et al. **Saúde mental, políticas e instituições:** programa de educação a distância. AMARANTE, P. (Org). Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. O. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento Terapêutico na proposta de Alta-Assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Psic. Clin.**, Vol. 21. P. 15-32, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** gestão e formação nos processos de trabalho. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília: DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **HumanizaSUS:** Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jun 2014.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 abr. 2001.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 jun. 2014.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10, 975-986, 2005.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface (Botucatu)**, Supl 1:931-43, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 8. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, n. 18, p. 115-127, 2006.

PEREIRA, S. S. et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde & Transformação social**, 5, 91-95, 2014.

PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita Domiciliar em Saúde Mental – O Papel do Psicólogo em Questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, 27, 22-31, 2007.

PITIÁ, A. C. A. Acompanhamento terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial. **Psicologia & sociedade**, 25, 73-81, 2013.

RIBEIRO, A. M. 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.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2010.