



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

**PERCURSOS E CUIDADO: O ACOMPANHAMENTO
DO USUÁRIO NO TERRITÓRIO NO PERÍODO PÓS-
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO:
MODALIDADE ARTIGO**

**Aline Medeiros da Rosa
Daniela Lins da Conceição
Fernanda Mello Duarte
Lucas de Abreu Collares**

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

PERCURSOS E CUIDADO: O ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO NO TERRITÓRIO NO PERÍODO PÓS- INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

**Aline Medeiros da Rosa
Daniela Lins da Conceição
Fernanda Mello Duarte
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 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**

**PERCURSOS E CUIDADO: O ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO
NO TERRITÓRIO NO PERÍODO PÓS-INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

elaborado por
**Aline Medeiros da Rosa
Daniela Lins da Conceição
Fernanda Mello Duarte
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 Barcellos, Dr^a
(Presidente/Orientadora)

Martha Helena Oliveira Noal, M^a (UFSM)

Marcelo da Rosa Maia, Esp (UFSM)

Santa Maria, 29 de Abril de 2015.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no
Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

PERCURSOS E CUIDADO: O ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO NO TERRITÓRIO NO PERÍODO PÓS-INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Autores: Aline Medeiros da Rosa
Daniela Lins da Conceição
Fernanda Mello Duarte
Lucas de Abreu Collares

Orientadora: Rita de Cássia Barcellos
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 29 de Abril de 2015.

Este artigo aborda os percursos dos Residentes da unidade psiquiátrica, do hospital universitário situado numa cidade da região central, no Rio Grande do Sul, objetivando consolidar a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) como ferramenta do cuidado em saúde mental. Buscando problematizar a inserção dos usuários nos dispositivos territoriais, no período pós-internação psiquiátrica. Para tanto, realizou-se estudo de caso, com dois usuários dessa unidade de internação, cuja justificativa se dá a partir do desenvolvimento de práticas que contribuam para o acompanhamento terapêutico desses sujeitos no âmbito extra-hospitalar, tendo como premissa o cuidado longitudinal. Para isso, foi descrito o processo de AT e suas implicações ao contexto biopsicossocial dos usuários envolvidos no estudo, cuja finalidade consistiu na descrição de casos, visando desvelar as estratégias de cuidado longitudinal utilizadas com os sujeitos da pesquisa. Os resultados apontam que o AT foi um dispositivo que proporcionou, por meio do acolhimento, da escuta qualificada, do vínculo construído entre profissional e usuário, a possibilidade de observar os tensionamentos provocados pela inserção dos sujeitos no território e, a partir das ações empreendidas com a mediação deste dispositivo foi possível garantir que os usuários prosseguissem sendo assistidos pela rede local de saúde.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico. Território. Saúde Mental. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Paper of post-graduation conclusion
Program in integrated multiprofessional residency in the public health system
Federal University of Santa Maria

PATHWAYS AND CARE : THE USER OF MONITORING THE TERRITORY IN POST- HOSPITAL PSYCHIATRIC

Authors: Aline Medeiros da Rosa
Daniela Lins da Conceição
Fernanda Mello Duarte
Lucas de Abreu Collares
Advisor: Rita de Cássia Barcellos Bittencourt

This article discusses the route of the residents of the psychiatric unit of the university hospital located in a city of the central region of Rio Grande do Sul, aiming to consolidate the practice of Therapeutic Accompaniment (TA) as mental health care tool. In seeking to define the inclusion of users in territorial devices in psychiatric post-hospitalization period. Therefore, there was a case study with two users this inpatient unit, whose justification is given from the development of practices that contribute to the therapeutic monitoring of these subjects in extra-hospital environment, taking as its premise the longitudinal care. For this, he described the process of TA and its implications to the biopsychosocial context of the users involved in the study, whose purpose was the description of cases, aiming to unveil the longitudinal care strategies used by the subjects. The results show that the TA was a device that provided through the host of qualified hearing, the bond built between professionals and users, the possibility to observe the tensions caused by the insertion of subjects in the territory, and from the actions taken with mediation of this device it was possible to ensure that users prosseguissem being assisted by the local health system.

Keywords: Therapeutic Accompaniment (TA), Territory, Mental Health, Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

Falar sobre cuidado em saúde mental significa dizer, a partir do período pós-reforma psiquiátrica, que os profissionais necessitam estar implicados e disponíveis para buscar as alternativas necessárias à execução do plano terapêutico singular estabelecido em conjunto com o usuário.

No caso da internação psiquiátrica, o período que ocorre logo após a alta é de fundamental atenção e cuidado por parte da equipe de saúde mental, no sentido de dar ao usuário e à família a segurança de que a alta não implica o abandono do sujeito a “sua própria sorte”, e que esta seria somente uma das etapas dos procedimentos no processo de cuidado da clínica ampliada.

A clínica ampliada baseia-se, essencialmente, na articulação e diálogo de diferentes saberes para o entendimento dos processos de saúde e adoecimento, e também na necessidade de inserção dos usuários como cidadãos nas condutas em saúde, em seu território e além disso, na elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se fundamenta na receptividade das diferenças que ultrapassam os diagnósticos e sua aptidão para igualar os usuários e, principalmente, sua singularidade (BRASIL, 2009).

No entanto, o PTS pode ser compreendido como a clínica ampliada que contribui para o seguimento, conforme as necessidades dos usuários e, implica a melhoria do pensamento/ação dos profissionais, familiares e meio social.

Nesse sentido, o conceito de território emerge e contribui para a compreensão das redes de pertencimento geográfico, cultural, social e de mobilidade existencial dos sujeitos. Santos (2006) considera o território como um espaço delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma série de sujeitos que realizam suas ações com o passar do tempo. Santos ainda aponta que o território é o espaço mais os sujeitos, uma identidade, um fato, um sentimento que pertence àquilo que nos pertence.

Falar sobre a importância da participação do usuário no território significa reconhecer as necessidades de pertencimento, modos de subjetivação, de existir e de produção de vida cotidiana. Na linguagem do senso comum, a noção de território se unifica à ideia de uma porção de terra, em que existe uma relação direta com o espaço físico (SOUZA, 2008).

Segundo Haesbaert (2009), a palavra *terra* seria essencial para se entender o significado da expressão *território*, pois explicita sua estreita ligação com a terra, como uma fração do espaço onde se edificam relações tanto de base idealista quanto de base materialista.

Dentre os dispositivos usados nessas trajetórias de cuidado pós-internação em espaços de produção de vida no território, destaca-se o Acompanhamento Terapêutico (AT). Neto et al. (2011) propõem que “o AT é uma prática em que o foco central é o atendimento que passa por lugares sem se fixar; é uma prática itinerante e nômade, não apenas uma substituição da internação por um lugar específico, mas um trabalho com especificidade de ser feito em movimento, balizado por uma escuta clínica.”

A ação do AT funciona como uma espécie de dispositivo mobilizador da política de desospitalização e de reinserção social do usuário com transtorno mental. Atualmente, o AT é mais conhecido como uma modalidade clínica na saúde mental, na qual o trabalho de reinserção do usuário é a prioridade. Em conformidade com a bibliografia consultada, o AT vem representando mais um dos recursos terapêuticos disponíveis na clínica da reforma psiquiátrica apontada para o fim das internações em hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, o AT pode ser compreendido como um dispositivo em consonância com as diretrizes que norteiam a Reforma Psiquiátrica, pelo qual se observa, analisa e se tenta modificar a perspectiva de vida do sujeito acometido por algum transtorno mental, com o objetivo de contribuir para a organização e a implementação dos cuidados em saúde mental, além da tentativa na melhora da qualidade de vida dos usuários.

Assim sendo, este estudo se justifica a partir da busca pelas práticas de acompanhamento terapêutico de sujeitos no período pós-internação psiquiátrica, no âmbito extra-hospitalar, a partir da perspectiva do cuidado longitudinal. Para isso, será descrito o processo de AT e suas implicações ao contexto biopsicossocial dos usuários envolvidos no estudo, cuja finalidade consiste na descrição de casos, visando desvelar as estratégias de cuidado longitudinal desses sujeitos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Conforme Santos (2000), o território somente se torna um conceito utilizável quando consideramos desde seu uso até o momento em que pensamos juntamente com aqueles sujeitos que dele fazem uso. Dessa maneira, entende-se que territórios são mais que espaços físicos

limitados, são os lugares onde circula a subjetividade e as relações de poder estabelecidas entre os indivíduos e coletividades (BRASIL, 2013).

Este autor proporciona um diálogo entre a aplicabilidade e a relevância que o território possui, devido a sua flexibilidade e ao seu caráter complexo; porém, o conceito de território representa, nos dias de hoje, uma ferramenta apropriada. Assim, ele pode ser utilizado por intermédio de outras formas de relacionamento do sujeito com seu meio.

O território é o balizador do trabalho, da moradia, das trocas espirituais e materiais e da vida, sobre os quais ele interfere. Quando se fala em território, deve-se entender que se refere a espaço físico utilizado por uma população (SANTOS, 2003).

Em meio aos inúmeros dispositivos no âmbito do cuidado longitudinal em saúde mental, o conceito de Acompanhamento Terapêutico pode ser considerado uma ação que se coaduna à ideia de integralidade do cuidado, o que foi idealizado no contexto desta atividade como ferramenta para permear os processos de trabalho. A prática do AT teve seu surgimento destinado a um usuário do serviço de saúde mental que, por razões variadas, requer mais do que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento, ou seja: hospitais psiquiátricos e afins. Contudo, não basta dizer que o AT é uma prática que ocorre somente na rua ou na casa do sujeito ou que seria, por exemplo, um tratamento psicológico ou domiciliar.

Conforme Bezerra e Dimenstein (2009), o acompanhamento terapêutico é uma maneira de criar possibilidades reais de vida para os usuários da saúde mental, apostando no potencial desses usuários. Busca-se reinserir o usuário na sociedade, resguardando sua presença neste território social e também no meio familiar, configurando-se como uma prática cujo espaço clínico está nas ruas, tanto nas imediações dos serviços de saúde quanto nos diferentes espaços sociais por onde o sujeito circular.

Não havendo impedimentos, o AT avalia e tenta transformar a expectativa de vida do usuário acometido por algum transtorno mental, com a finalidade de cooperar na organização e prática dos cuidados em saúde mental, além da tentativa na melhora da qualidade de vida diária.

Determinados autores acreditam que a prática do AT chegou ao Brasil com outras denominações, mas com foco semelhante, em que as primeiras ocorrências traçadas foram denominadas "atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico e amigo qualificado". Porém, a denominação "acompanhamento terapêutico" foi utilizada, no cenário brasileiro, apenas ao início da década de 80, ainda que os objetivos de tal prática sejam os mesmos das denominações supracitadas (SIMÕES, 2005).

Para Simões (2005), desde a introdução do acompanhamento terapêutico como dispositivo de cuidado longitudinal, tal prática tem sido um potente instrumento de trabalho, cada vez mais utilizado na área da saúde mental, e sua principal característica é o *setting*

ampliado, já que tanto os locais de circulação quanto os métodos utilizados e encontros com os sujeitos envolvidos podem ser variáveis. Inicialmente, o AT era indicado apenas para sujeitos psicóticos; porém, atualmente, tal dispositivo pode ser usado em diversos outros casos, como diagnósticos de sujeitos com transtornos depressivos graves, fobias, deficiências mentais, entre outros.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva, desenvolvida a partir dos diários de campo, elaborados pelos residentes do programa multiprofissional a partir do acompanhamento terapêutico, com o objetivo de acompanhar os usuários no processo de reinserção biopsicossocial nos espaços de produção de vida no território.

Essa pesquisa, portanto, apresenta-se como parte de um projeto maior de pesquisa-intervenção denominado “O Acompanhamento Terapêutico na promoção do acesso à rede de cuidado longitudinal: o hospital em diálogo com a Reforma Psiquiátrica”, que tem como finalidade conhecer e analisar os mecanismos facilitadores do AT enquanto prática promotora do cuidado longitudinal, a partir de uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário. Esse 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.

Minayo (2010) contribui para a fundamentação ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa, sendo, segundo a autora, necessário ao investigador dedicar seu tempo aos critérios de escolha dos locais no território onde foi realizado o acompanhamento terapêutico, fazendo, antes, uma incursão por alguns ambientes, buscando fundamentar a escolha do espaço que foi percorrido durante a ação.

3.1 Percurso Metodológico

A partir da necessidade de constituir gradientes explicativos dos passos necessários à constituição dessa estrutura metodológica, foi necessário inserir etapas, as quais determinaram o percurso metodológico dessa investigação, como se apresenta:

- Procedimentos iniciais e sujeitos de pesquisa
- Ferramentas de investigação

- Procedimentos e itinerâncias
- Desenhos dos percursos para o cuidado

3.1.1 Procedimentos iniciais e sujeitos de pesquisa

Os participantes da pesquisa foram usuários da unidade de internação psiquiátrica em questão, para escolha foram utilizados os critérios de inclusão, tais como: ser morador da cidade de Santa Maria; possuir mais de uma internação em unidade psiquiátrica em um hospital de médio porte do Rio Grande do Sul; possuir familiar residente no município onde se localiza o hospital em questão; a concordância do usuário em participar desta pesquisa; apresentar demanda para AT, autorização expressa do familiar responsável por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). Além disso, os pesquisadores se comprometeram em manter o sigilo das informações coletadas por meio do Termo de Confidencialidade (TC). Comunicamos, ainda, que as informações obtidas na pesquisa poderiam ser divulgadas em revistas especializadas com o devido anonimato dos usuários envolvidos.

Posteriormente, foi realizado levantamento de dados de prontuários, realização de contato telefônico, agendamento de visitas domiciliares, combinações e ajustes dos locais para encontros no território, contato com a rede de saúde e também com a rede longitudinal.

3.1.2 Ferramentas de investigação

O Estudo de caso revelou-se como a ferramenta investigativa mais adequada para estabelecer o percurso desse estudo, considerando os postulados de Minayo (2014), em que o estudo de caso enfatiza e identifica ligações de causa e efeito entre intervenções e situações do contexto analisado, assim como o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo, além do sentido e da importância de algumas situações relevantes nos resultados de uma intervenção.

Nesse sentido, as ferramentas utilizadas na realização do estudo de caso percorreram a cena qualitativa, de modo a traduzir-se pela habilidade de ouvir e observar, ser flexível e, ao mesmo tempo, firme nos parâmetros propositivos na investigação. Para efeito desse desenho investigativo, foram selecionados dois casos.

A pesquisadora responsável utilizou o diário de campo e informações relatadas no prontuário dos sujeitos da pesquisa. Esse estudo coletou informações referentes ao processo de internação e aos aspectos do acompanhamento no pós-alta hospitalar.

3.1.3 Procedimentos e itinerâncias

O primeiro contato com o usuário deve ser realizado com um cuidado especial. A partir dessas relações, existe a possibilidade de construir um maior vínculo com o sujeito e sua família. MINAYO (2010) aponta a relevância de ocorrer contatos antes de realizar as ações no território, para que dessa maneira fosse viável proceder o acompanhamento do usuário e as observações necessárias.

Neto et al. (2004) definem Itinerância aos efeitos de desestabilização das práticas no território. Portanto, a itinerância produz princípios morais de cuidado quando deixa de ser apenas um recurso rotineiro de acesso, passando a usar a potência do movimento dos usuários em seus territórios.

Santos (2003) elucida que território é o espaço em que estamos e circulamos; território é a base das trocas da vida, tanto materiais como espirituais, é o alicerce do trabalho, da residência; ou seja, entende-se que, ao referir-se à palavra território, deve-se compreender que está falando em território utilizado por uma população.

3.1.4 Desenhos dos percursos para o cuidado

A primeira providência foi a construção do vínculo com os usuários; em seguida, por meio de agendamento prévio, foram realizadas algumas visitas domiciliares para conhecer o espaço geográfico no qual estes vivem, como também fazer os principais contatos com o sujeito e sua família que levariam a relevantes observações.

A residência dos usuários selecionados é localizada em lugares vulneráveis, estes usuários possuem dificuldade em percorrer sozinhos seus territórios, em frequentar lugares que desejam e realizar novos vínculos afetivos, além de enfrentar dificuldade na aderência ao tratamento por não frequentarem serviços que a rede de saúde oferece. Ambos possuem suporte familiar fragilizado e autocuidado escasso.

Do ponto de vista dessa realidade, os sujeitos encontram diversas dificuldades em realizar e manter relações sociais e, dessa maneira, ficam restritos e não abordam algumas das oportunidades que poderiam existir.

Desse modo, buscou-se uma aproximação dos contextos geográfico, social e histórico dos usuários, no sentido de apropriar-nos de um conjunto de posturas e comportamento que possam facilitar a prática da ação do AT.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com vista a uma melhor apresentação dos resultados, primeiramente foi realizado uma síntese dos casos dos sujeitos, contendo informações sobre internações psiquiátricas, diagnóstico, encaminhamentos dos profissionais, dentre outros.

Foi elaborado um mapa para descrição com a representação gráfica da itinerância do sujeito no território, dessa maneira, foi possível expor por intermédio dos desenhos, a logística das itinerâncias empreendidas pelos residentes da equipe multiprofissional para a promoção do cuidado longitudinal.

Dando-se segmento, foi elaborada uma descrição processual dessas itinerâncias a partir dos registros do acompanhamento terapêutico no diário de campo que encontra-se em *itálico*.

Para efeito de compreensão sobre as itinerâncias, autores que sustentam teoricamente os processos de trabalho em saúde foram apropriados para a fundamentação teórica das atividades desenvolvidas em cada etapa do percurso realizado durante o acompanhamento terapêutico. Para melhor vislumbrar foi elaborada uma numeração referente a estas construções e, cada expressão que recebeu a fundamentação foi demarcada em **negrito**.

Por fim, foi descrito o contexto atual dos usuários e realizado um quadro considerando a necessidade de observar os aspectos positivos, entraves e dificuldades encontradas na ação do AT com cada um dos sujeitos.

4.1 Concepções preliminares

A partir da ideia do Acompanhamento Terapêutico como prática que se insere no contexto atual da atenção à saúde mental em concordância com as diretrizes que norteiam a Reforma Psiquiátrica, houve a proposta do AT aos usuários, com o intuito de promover sua

reinserção biopsicossocial por meio de uma ação experimental, visto que não é praxe do hospital nem da residência, mas uma prática inovadora (AT).

A ideia era inaugurar um modo de fazer o AT, por ser uma proposta pioneira no contexto hospitalar, trabalhando aspectos considerados fundamentais para que a atividade pudesse ser bem-sucedida. Além disso, a perspectiva era trabalhar com recursos disponíveis e criar novas possibilidades de cuidado, na tentativa de superar os obstáculos existentes.

A proposta do AT para os usuários foi realizada devido à demanda que estes apresentavam: carência de vínculos sociais, quadro de extrema fragilidade e vulnerabilidade, além de dificuldade de reinserção social, ausência de autonomia, conflitos familiares, falta de apoio e aderência aos tratamentos indicados e necessários, autocuidado deficiente e dificuldade de gerar produção de vida dentro de suas possibilidades e também no território no qual são inseridos.

Induzindo as ações que foram se tornando, aos poucos, a modalidade de intervenção adotada enquanto métodos inovadores no âmbito da saúde mental em nível hospitalar foi realizado o AT, como promotor de um cuidado longitudinal e integral ao usuário.

4.1.1 Síntese de casos

Senhor Y

Senhor Y tem 19 anos, é do sexo masculino, possui etnia branca, não possui filhos, possui ensino fundamental incompleto, nasceu e reside no município de Santa Maria - Rio Grande do Sul, tem 8 irmãos e reside na mesma casa onde moram também sua genitora e um dos irmãos.

Sr. Y obteve seis internações em unidade de psiquiatria, sendo que em média permanece em torno de trinta dias ou mais em cada internação. Senhor Y possui diagnóstico de esquizofrenia. Suas diversas internações foram em decorrência de abandono medicamentoso, ideação suicida, humor deprimido e sintomas psicóticos. O usuário apresentava fragilizado suporte familiar, mora com sua genitora (etilista) e com um irmão menor; esta família vive em situação de extrema vulnerabilidade social.

Senhor Y demonstrava dificuldades para aderir ao tratamento psicossocial e ao uso contínuo e correto da ingestão medicamentosa. Após as internações na unidade psiquiátrica, recebeu encaminhamento médico para alguns serviços da rede de saúde mental, tais como: Ambulatório de Saúde Mental (ASM), Estratégia Saúde da Família (ESF) pertencente ao

território, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e fazia uso de medicamentos antipsicóticos, benzodiazepínicos.

Sobre os encaminhamentos médicos, o usuário não aderiu ao tratamento, porém o serviço da ESF do território realizou algumas buscas ativas com o usuário e sua família, a maioria sem sucesso, pois não os encontravam na residência, visto que o maior contato foi pelo usuário, que, por poucas vezes, frequentava o ESF a fim de ser administrado o medicamento antipsicótico.

Senhora X

A Senhora X, atualmente, tem 22 anos, é do sexo feminino, possui etnia parda, possui um filho, 1º grau incompleto, natural e procedente de Santa Maria - Rio Grande do Sul, cidade onde mora na mesma residência que habita sua genitora.

A usuária possui seis internações psiquiátricas, possui o diagnóstico de Transtorno Bipolar do Humor; suas diversas internações foram em decorrência de abandono medicamentoso, alteração de comportamento, auto e heteroagressividade, alucinações visuais e auditivas e comportamento desorganizado.

Após as internações na unidade psiquiátrica, a Sra. Y recebia encaminhamentos médicos ao serviço do CAPS para acompanhamento ambulatorial, e Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma avaliação e acompanhamento ginecológico. Estava fazendo uso de medicamentos antipsicóticos e estabilizador de humor.

4.2 Itinerância

A seguir, serão apresentados os registros dos encontros, a partir do período pós-internação hospitalar, a fim de orientar o leitor no desenvolvimento do acompanhamento terapêutico realizado.

4.1.1.1 Logística das itinerâncias (diário de campo) - Senhor Y

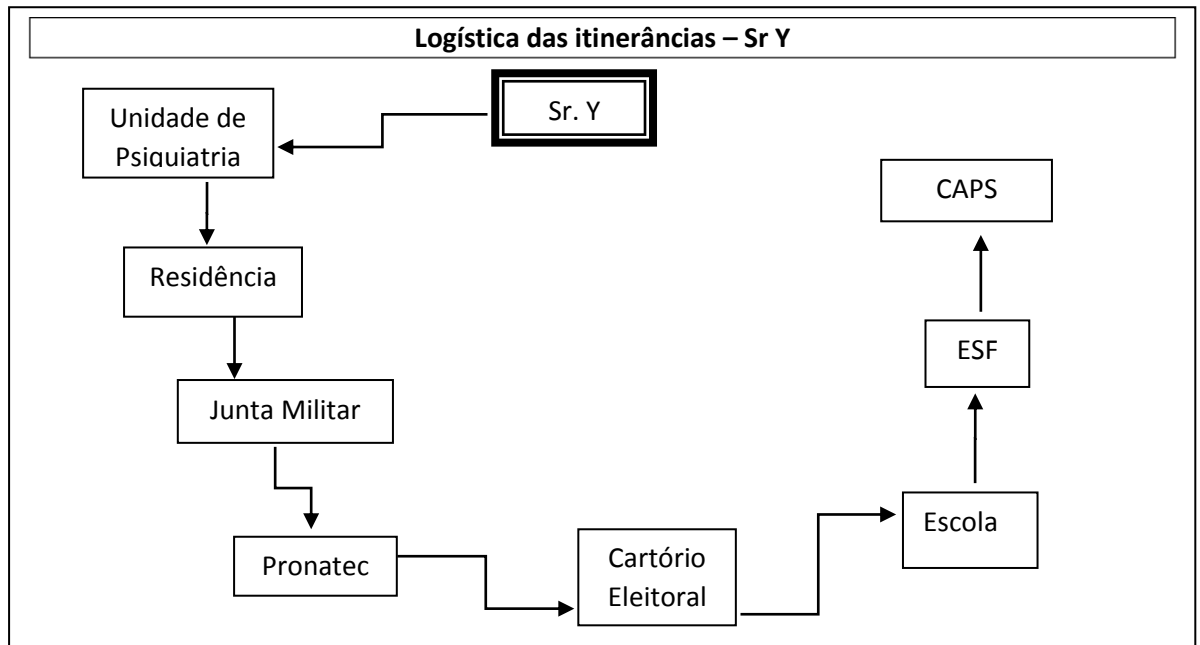


Figura 1 – Logística das itinerâncias – Sr. Y.
Fonte: Pesquisa documental. PRMULTI.2014.

4.1.1.2 Descrição do procedimento de AT – Sr Y

(diário de campo)

Dando entrada na ação do AT (1), foi realizada uma visita domiciliar – VD(2), no caso da residência do Sr. Y, foi feita em conjunto com o Psicólogo residente da unidade em questão.

Dando segmento, o usuário foi acompanhado no território para que pudesse regularizar sua carteira de alistamento militar, o qual, desde o princípio, era sua vontade.

Realizada essa etapa, o usuário foi acompanhado no serviço do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC); nesse serviço foram obtidas informações sobre cursos capacitantes. O usuário foi informado de que, no momento, não havia curso aberto e foram realizadas orientações sobre como era o funcionamento do local. Contudo, foi possível reparar que o usuário ficou desanimado; com isso, conversamos, foi realizada uma escuta ativa, sendo pactuado que, se continuasse de seu interesse, retornaríamos ao serviço ou aguardaríamos informações. Dessa maneira, o usuário iria conquistando espaços e, aos poucos, efetuando trocas com a sociedade.

Prosseguindo, a Terapeuta Ocupacional residente da unidade psiquiátrica foi convidada a nos acompanhar no serviço do cartório eleitoral para ser realizado título eleitoral do usuário. Nesse serviço foi deparado com dificuldades para concretizar a documentação, pois o usuário não possuía comprovante de residência, pelo fato de o imóvel ser um local de “invasão”. Porém, com ajuda de funcionários do cartório, foi elaborada uma declaração para esclarecer formalmente a condição de moradia do usuário, e, com isso, foi possível realizar seu documento Eleitoral.

Alguns dias depois foi realizado contato telefônico com usuário para combinar uma próxima data para visita domiciliar; neste momento fui surpreendida pela sua genitora falando que o usuário se encontrava em observação em um serviço psiquiátrico devido a uma tentativa de suicídio com ingesta medicamentosa. Ao deslocar a este serviço encontrei usuário e dialoguei para que pudesse entender o acontecido; ele relatou que ficou nervoso com problemas familiares existentes; além disso, relatou a preferência de ficar internado em uma unidade psiquiátrica fechada a ter que voltar para sua residência. Foi pactuado que seguirei o acompanhando conforme a disponibilidade, fornecendo segurança e abrindo possibilidades juntamente com o usuário, na medida do possível. Ele não ficou internado nesta ocasião.

Passando alguns dias foi encaminhado pedido de transporte para que pudesse realizar a VD na residência do usuário, porém, na data marcada, o serviço de transporte informou que não teria como realizar o combinado. Com isso, entrei em contato telefônico com usuário, para que ele não ficasse na expectativa de minha visita. Sua genitora atendeu; então conversei primeiramente com ela, a qual, com choro fácil, contou não saber mais o que fazer com o usuário, pois estava muito agitado fisicamente, causando conflitos (mãe x irmão) por motivos de ciúmes; relata que perdeu o controle e referiu não conseguir dar atenção necessária aos filhos. Pedi para falar com senhor Y, o qual relatou que não tem problemas com o irmão, porém que o problema seria sua mãe, que, ao fazer ingestão de álcool, causa desordens e agitações entre os filhos..

Por meio de um novo contato telefônico, Sr. Y se mostrou bem diferente, estava falante e informando com ênfase estar se sentindo melhor, sem ideações suicidas. Ao questionar sobre sua rotina, relatou que passa a maior parte do tempo em casa. Após conversar bastante foi reiterada a proposta do AT, afirmando que juntamente iríamos circular pelo território e, com isso, ele iria adquirir sua própria autonomia e confiança.

Neste momento fiz uma reflexão sobre o princípio básico que conduz o AT, ou seja, passar do espaço hospitalar fechado para o ambiente aberto do território. Palombini (2006) expõe que os encontros sociais entre profissional e usuário se realizam nos diferentes espaços do território. Portanto, foi percebido que o diálogo obtido anteriormente com o

usuário foi de extrema relevância para a compreensão de que devemos atentar em nosso trabalho, sem estabelecer nossas vontades e expectativas, e, dessa maneira, propiciar o surgimento de contribuições inovadoras.

Após alguns dias, o senhor Y me espantou ao chegar desacompanhado na Unidade de Psiquiatria, apresentando aparência descuidada, discurso coerente, orientado auto e alopsiquicamente, aparentemente humor deprimido, conduta ansiosa, apresentando tremores nas extremidades, porém, diz ter feito uso das medicações em casa antes de ter vindo ao serviço. Usuário contou sobre as agressões verbais e físicas que teve com sua genitora, relatou que ela está fazendo uso excessivo e diário de álcool, que irei perceber se for realizar uma VD sem avisar e que ela estará embriagada.

Nesse contexto, foi conversado com usuário e falado que devido às normas e rotinas da unidade somente podiam entrar familiares dos usuários internados; foi falado também que se torna complicada a presença do usuário no ambiente, visto que estava acontecendo frequentemente; foi esclarecido e, ao mesmo tempo, pus-me à disposição para as necessidades e também no apoio que usuário e família necessitem.

O usuário foi convidado a me acompanhar no serviço do CAPS (3), serviço ao qual o usuário já fora encaminhado, porém não comparecera. Foi explicado onde o serviço se localizava, como era realizado o acolhimento, falado sobre a importância de se vincular a outro serviço da rede e esclarecido sobre as atividades existentes no local. Passados alguns dias, retornei a visitar o senhor Y, acompanhada pelo psicólogo residente da unidade psiquiátrica; o usuário foi encontrado sozinho na rua perto da sua residência. Foi falado sobre diversos assuntos; o usuário relatou a vontade de retornar aos estudos, foi combinado que na próxima semana ele iria até a escola do território averiguar a possibilidade do retorno; foi acordado que me repassaria essas informações. Neste dia, o usuário contou sobre uma de suas irmãs, a qual mora nas suas proximidades e com a qual possui um bom relacionamento; foi instigado a procurá-la e passar algum tempo com ela, já que existe essa possibilidade.

Tempo depois, o Sr. Y contou ter ido algumas vezes na casa da irmã e também passar a noite, relatou que esta irmã tem servido de fuga para seus momentos difíceis; disse que continuará a frequentar sua casa. Foi conversado com o usuário para que comece a escrever sobre seus sentimentos e vontades; após alguns dias o usuário relatou que, com a escrita, consegue se acalmar e se sentir menos ansioso.

Posteriormente, um êxito no caminho: o usuário passou a frequentar o serviço do CAPS por vontade própria, ao qual, por outras vezes, já havia sido encaminhado. Aproveitando esse momento, foi acionado o serviço e conversado com o profissional de referência que ficou responsável pelo caso, falado da relevância de inserir o usuário em

algumas atividades existentes, e também realizado passagem de caso pedindo um apoio da Assistente Social do local para acompanhá-lo na realização do CPF e Carteira de Trabalho, para que, com isso, o usuário conseguisse realizar a inscrição em algum curso profissionalizante quando abrissem as inscrições. Foi repassado que ele será informado via telefone quando isso ocorrer, e que se comprometeu a procurar o local por já ter conhecimento de onde este se localiza; a profissional se comprometeu em acompanhá-lo. Foi observada a importância das consultas psiquiátricas do usuário e o apoio para a administração correta da ingestão de medicamentos neste local, pois no serviço da farmácia central esta medicação encontrava-se em falta. Pus-me à disposição para qualquer necessidade que houvesse em relação ao usuário.

Uma semana após a ida do usuário para o Caps, por ligação telefônica foi combinado com o usuário de esperá-lo no centro da cidade, para conversar sobre como tem passado os dias e suas novas experiências. Porém fiquei na espera, pois ele não apareceu. Foi realizada ligação telefônica para saber os motivos da sua ausência, já que foi combinado. Usuário relatou não ir ao local tratado, pois não possuía passagem de transporte. No dia seguinte, conversei com a Assistente Social do Caps e novamente foi enviada a documentação necessária para que ela acompanhasse o usuário na realização do pedido da gratuidade da passagem de transporte público.

*Realizada esta etapa, conversou-se outra vez com a Enfermeira do **ESF (4)** pertencente ao território do usuário; falei sobre as condições em que ele se encontrava, sobre o serviço acionado e do apoio em que neste foi encontrado; foi relatado que o usuário ficaria intensivo no serviço do CAPS. Porém, a profissional da ESF foi atendida para a importância de este serviço acompanhar o usuário na aderência das medicações e do tratamento. Ao conversar com usuário após estas intervenções foi percebido que este se encontrava motivado na melhora de seu tratamento; que estava gostando de frequentar o serviço do CAPS e que estava tendo o apoio necessário da ESF de seu território, serviço este já conhecido por ele. Esse momento foi aproveitado para encerrar o acompanhamento terapêutico, sendo relevante destacar que, não obstante o AT ter sido encerrado, para me assegurar que o usuário estava prosseguindo bem e conseguido de fato aumentar parte de sua autonomia, fiz ainda alguns contatos telefônicos por certo período, o que, por partes, deixou-me tranquila em relação ao AT já realizado, uma vez que usuário permaneceu algum período bem assistido pelos serviços da rede e seguiria adiante seu tratamento e sua vida.*

Fundamentação Teórica:

Fundamentação teórica (1): Lerner (2006) esclarece acerca do acompanhamento terapêutico e destaca que esta ação, ao ser confirmada, faz com que apareça um novo discurso, que baseie e alimente novas afinidades entre usuário e profissional de saúde, podendo afastar o sujeito com transtorno mental de um ambiente fechado e de um tratamento que já não lhe trazem benefício algum.

Fundamentação teórica (2): Para Savassi (2006), a visita domiciliar se expande passando a ser idealizada como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas assistenciais, sanitárias e sociais, procedidas pelo olhar da integralidade do profissional.

Fundamentação teórica (3): Vianna e Barros (2005) elucidam que o serviço do CAPS representa uma forma de assistência que nasce para contestar o modelo hospitalocêntrico, que se configura como ambiente de atendimento realizado por uma equipe multiprofissional, destinada a atender os problemas de saúde mental, individuais e coletivos.

Fundamentação teórica (4): Elias et al. (2006) esclarecem que na ESF o trabalho é desenvolvido por equipes que obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de usuários. Implica a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde; além disso, este serviço vem favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no território.

4.1.1.3 Contexto atual - Sr. Y

(diário de campo)

Os dados a seguir foram detectados a partir de uma visita empreendida para o encerramento do vínculo com o usuário.

Atualmente, a usuário continua morando no mesmo espaço físico que sua genitora e irmão. Esta residência apresenta situações precárias em sua estrutura e higiene, sendo que não possui água tratada. Além disso, não possui banheiro dentro da residência. Os moradores da casa utilizam a água do cano que fica do lado de fora da casa para higiene e consumo, assim como utilizam também o espaço externo da residência com fossa sem encanamento para suas eliminações fisiológicas.

A família mantém-se financeiramente com um benefício assistencial da mãe e renda proveniente do programa bolsa família; o usuário acompanhado não possui ocupação no momento. Seu suporte familiar continua fragilizado, uma vez que sua genitora não é colaborativa quanto às tentativas de suporte psicossocial ao usuário e também por não ter uma boa aceitação de que precisa de tratamento em virtude do etilismo. Já os demais membros da família pouco se envolvem com investidas de melhoras promovidas pelo AT.

O usuário, atualmente, está frequentando o serviço do CAPS e possui apoio do ESF do território ao qual é inserido. O Senhor Y permanece com planos de retornar aos estudos no início de março de 2015 em escola que abrange seu território e, somente após finalizar os estudos, deseja realizar algum curso profissionalizante.

Usuário permanece fazendo uso das medicações prescritas na última internação psiquiátrica, sendo que a renovação das prescrições é realizada via CAPS, e o controle destas possui o suporte e auxílio do ESF de seu território.

4.1.2.1 Logística das itinerâncias (diário de campo) - Senhora X

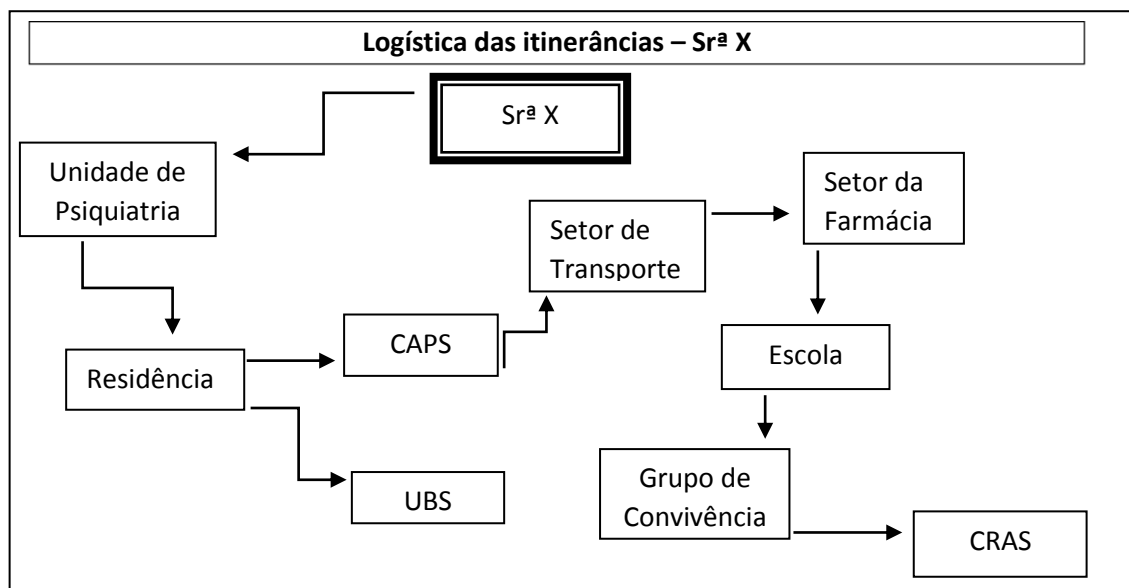


Figura 2 – Logística das itinerâncias – Srª X.

Fonte: Pesquisa documental. PRMULTI.2014.

4.1.2.2 Descrição do procedimento de AT – Srª X

(diário de campo)

Por meio de contato telefônico da UBS do território, a Assistente Social do serviço nos informou que a senhora X encontrava-se desestabilizada devido o abandono do tratamento medicamentoso; foi realizada a orientação para que a usuária viesse ao pronto atendimento psiquiátrico do hospital para que fosse realizada uma avaliação médica.

Após contato com profissional da UBS (5), foi iniciada a ação do acompanhamento terapêutico. Nessa ocasião foi agendada uma VD, pois, ao receber avaliação médica no serviço de observação, a usuária saiu em liberação sem prescrições médicas.

Antes de receber alta do serviço de observação foi acordado com a mãe da usuária que esta permanecesse em casa e que elas continuariam a receber o acompanhamento da equipe da residência multiprofissional.

Foi realizada uma visita domiciliar na residência da senhora X, em conjunto com a terapeuta ocupacional da residência multiprofissional, tendo como finalidade verificar a condição em que a usuária se apresentava e, principalmente, esclarecer dúvidas sobre o tratamento, tanto para usuária quanto para a família, a fim de mostrar que ela era capaz de cuidar-se e também prestar ajuda nos afazeres domésticos, que era uma das principais queixas de sua genitora.

A Sra. X foi encaminhada e acolhida no serviço do CAPS, onde foi acompanhada por membros da equipe multiprofissional. Passou por consulta médica psiquiátrica no local e foram estabelecidos seus dias de atividades.

A usuária recebeu acompanhamento específico da terapia ocupacional, em que foram avaliadas as suas habilidades, afim de identificar seu grau de independência e autonomia para o desenvolvimento das atividades diárias e também do seu tratamento, como, por exemplo, o caminho até o Caps. Para isso, foi realizado o treino de deslocamento de casa até o serviço do CAPS, com embarque em ônibus e identificação de paradas, além de estabelecimento de horários. Também foi treinada a ida ao setor de transporte para retirada de passagens, à farmácia para retirada de medicamentos e no centro em geral. Constatadas essas habilidades, ela passou a frequentar o CAPS sozinha e possuir aumento da autonomia sobre o seu tratamento.

A Senhora X sempre demonstrou interesse em cuidar da casa e preparar as refeições para seus familiares, porém também tinha interesse em voltar para a escola. Assim, ela foi matriculada em uma escola localizada em seu território, especial para alunos com transtornos mentais.

A usuária foi acompanhada em seu primeiro dia de aula e relatou ter gostado do que viu. Ficaram acordadas aulas de artes, alfabetização, dança, costura, entre outras.

Novamente foi realizado o treino dos horários e do deslocamento para a escola. De tal modo, ela passou a ir e voltar sozinha da escola. Lá, ela permaneceu alguns meses até que relatou ter cansado, pois a única aula que ela estava tendo era a de costura. Foram realizadas tentativas de convencê-la a voltar para o ambiente escolar; no entanto, a usuária relatou interesse maior em permanecer em casa para prestar os cuidados domésticos à família.

Conforme a constatação de melhoras nos vínculos familiares e na aceitação da usuária em casa, as visitas iam se espaçando.

Próximo de cinco meses, segundo relato da mãe, a filha encontrava-se estável, fazendo uso correto das medicações e realizando as atividades da vida diária. No entanto, ao interromper o uso das medicações, há um mês iniciou com alterações de comportamento. Foram realizadas orientações em relação aos prováveis motivos que originaram essas mudanças de comportamento. Foi combinada uma próxima VD para que, juntos, pudéssemos organizar sua medicação.

Como combinado com a usuária, foi realizada a VD conjunta para organizar seus medicamentos, de maneira que ela pudesse fazer gestão autônoma da medicação prescrita. Ao chegar à residência, a usuária estava aguardando; assim sendo, foi construída sua caixa com divisórias para melhor organizar suas medicações atuais. Após a construção, a usuária foi instruída sobre o tratamento medicamentoso e horários, e também quanto à organização da caixa.

Foram realizadas orientações sobre a relevância do autocuidado da usuária, uma vez que se encontrava com higiene precária há dias. Dialogou-se, ainda, com sua genitora sobre a importância de evitar conflitos familiares, sendo que a usuária ainda apresenta-se no período de aceitação para o início da ingesta medicamentosa. Ficou acordado contato telefônico durante a próxima semana.

Foram feitas ligações telefônicas, primeiramente, conversado com a mãe da usuária, a qual expõe que sua filha não aceita realizar sua própria higiene, mas está se alimentando bem e fazendo ingesta medicamentosa correta; além disso, está conciliando o sono, e que, no dia seguinte, a usuária mantém-se disposta, comunicativa e mostrando-se participativa nos afazeres domésticos.

No decorrer dos dias entrou-se em contato com UBS, a qual é responsável pela área de abrangência da residência, e solicitado conversa com a agente comunitária de saúde (ACS) do território, recebendo-se a informação de que ela encontrava-se em seu período de férias.

Após alguns dias, ao realizar a VD, a Sra. Y não se encontrava na residência, pois havia ido visitar sua avó, que morava nas proximidades. Sua genitora relata que a usuária teve uma melhora significativa, a partir do início da medicação contínua e correta; diz que a usuária interage normalmente com os familiares, realizando tarefas domésticas sem dificuldades, alimenta-se normalmente e apresenta melhora no autocuidado. Foi levantada a possibilidade de a usuária retornar a frequentar o grupo de convivência anexo ao ambulatório de psiquiatria e pedido para que sua genitora estimulasse a filha referente ao conversado.

Por fim, foi passado o caso da senhora X ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que realizou uma visita conjunta com a equipe de residentes multiprofissionais da unidade psiquiátrica, para o conhecimento do caso. Foi feito o cadastramento e agendas programáticas. Até o momento não foi obtido retorno sobre se as VDs do serviço do CRAS foram realizadas.

Fundamentação Teórica:

Fundamentação Teórica (5): *Elias et al. (2006) explanam que o serviço da UBS se caracteriza por ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, desenvolvendo ações de âmbitos individual e coletivo. Esse serviço acompanha o usuário ao longo da sua trajetória, cuidando dos problemas mais frequentes da sua população.*

4.1.2.3 Contexto atual – Sr^a X

(diário de campo)

Os dados a seguir foram detectados a partir de uma visita empreendida para o encerramento do vínculo com o usuário.

Na situação atual, a senhora X permanece habitando o mesmo espaço físico que sua genitora e irmãos. Esta residência apresenta condições precárias em questões de estrutura, apresenta condições de higiene mínimas. A usuária, na ocasião, não está se relacionando afetivamente. No entanto, está mantendo um bom relacionamento familiar, interagindo melhor com os membros da família, havendo um suporte familiar apropriado. A usuária contribui para a realização diária das tarefas domésticas da residência, no período em que sua genitora trabalha fora.

A família mantém-se financeiramente com a renda do trabalho da mãe e também renda do programa bolsa família; a usuária não possui ocupação no momento.

Infelizmente, decorrente de desentendimentos com outra usuária, a Sra. X se afastou do CAPS. Porém, manteve-se em atividades no Grupo de convivência, que se localiza em anexo ao ambulatório da psiquiatria, e por livre desejo não deu segmento aos estudos.

A usuária permanece renovando as prescrições médicas na UBS que abrange sua localidade residencial. Conserva-se fazendo uso contínuo e correto das medicações prescritas, mantendo-as organizadas conforme orientações concretizadas em uma visita domiciliar realizada. Além disso, a usuária está mantendo um adequado autocuidado pessoal.

4.3 Síntese do processo

Considerando a necessidade de vislumbrar aspectos positivos, entraves e dificuldades encontradas na ação do AT, ficando implícito que havia diferenças no andamento do AT foi necessário constituir um quadro e foi possível apreender algumas significações, as quais para efeitos demonstrativos foram apresentadas no quadro que se segue:

(continua)

| Sujeito de pesquisa: Senhor X | | |
|---|---|--|
| Entraves | Dificuldade | Aspectos Positivos |
| - Não melhora nos conflitos familiares; | -Falta de credibilidade da sociedade acerca de usuário da saúde mental; - Situação financeira; - Moradia precária; - Fragilidade e falta de apoio dos familiares; -Ausência do suporte familiar que assegure uma saída com cooperação e corresponsabilização; | -Bom vínculo profissional x usuário; -Inserção do usuário na rede, espaço que contribuiu para sua qualidade de vida; - Assistência e abrangência do ESF no território; - Contato com serviços longitudinais; -Assistência da equipe multiprofissional do Caps; |

| | | |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Diversas tentativas de comunicação com a rede de saúde, sem sucesso. | <ul style="list-style-type: none"> - Aderência no tratamento medicamentoso e gestão autônoma; - Protagonismo pessoal: autonomia nas atividades cotidianas. -Aumento da contratualidade do usuário na sociedade. |
| Sujeito de pesquisa: Senhora Y | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Não se aplica | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de credibilidade da sociedade; - Situação financeira; -Moradia precária; -Algumas tentativas de comunicação com a rede de saúde, sem sucesso. | <ul style="list-style-type: none"> - Bom vínculo profissional x usuária; -Melhora e maior integração nas relações familiares; - Inserção da usuária na rede, espaço que contribuiu para a qualidade de vida; - Assistência do Clube de Convivência e convivência com os usuários deste serviço; - Autonomia para o desenvolvimento das atividades diárias e também do seu tratamento; - Assistência e abrangência da UBS em seu território; -Gestão autônoma da ingesta medicamentosa; - Entendimento e aceitação sobre o autocuidado pessoal. |

| | | |
|--|--|--|
| | | -Aumento da contratualidade da usuária na sociedade. |
|--|--|--|

Figura 3 – Síntese do Processo – Sr. Y e Sr^a X.
 Fonte: Pesquisa documental. PRMULTI.2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do acompanhamento terapêutico dos egressos do serviço, realizados no período pós-internação psiquiátrica, foi constatado que, ao sair da cena tradicional do mero procedimento de atendimento a internação, rompendo com as barreiras pragmáticas e buscar novos arranjos para a efetividade da inserção dos usuários em seus territórios, a partir da prática do AT, foi possível detectar um novo protagonismo desses egressos, os quais ampliaram a autonomia, reinserindo-se nas tramas das atividades cotidianas como qualquer outro cidadão, de forma que restaurassem, ao menos em parte, a sua capacidade de produzir vida em seus territórios, além de ter construído um vínculo eficaz, de segurança e confiança com o profissional acompanhante, todavia este vínculo deve ser um pouco mais estudado considerando a necessidade na emergência e fortalecimento de novas vinculações aos serviços de base territorial, para um progressivo e salutar desvinculamento com a unidade de internação.

Em que pese as considerações apontadas anteriormente, os usuários em questão obtiveram êxito nessas atividades, a saber: circulação social, melhora dos laços afetivos, atividades domiciliares, atividades de escrita e leitura, dentre outras. Visto que o AT, por ser uma proposta pioneira e inovadora no contexto hospitalar, promoveu mudanças nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, pois envolveu uma abertura para adquirir novos conhecimentos, espaço para diálogo e estímulo ao refletir sobre a ação do acompanhamento desenvolvida.

Dessa maneira, compreendemos que foram identificadas algumas evidências em benefício da adoção de intervenções desenvolvidas juntamente ao usuário, principalmente em aspectos que visam promover uma continuidade do cuidado por meio da ação do AT. Reconhecemos que o uso da noção da equipe multiprofissional aliada a práticas ampliadas, como o acolhimento e a escuta qualificada, além de trazer benefícios, podem se relacionar a produção de vínculos concretos entre o profissional e usuário.

O êxito obtido em relação à prática do AT pode ser vinculado à forma de clínica praticada pelos residentes multiprofissionais, a qual é sustentada na perspectiva do cuidado continuado, que o vínculo entre o profissional e o usuário é percebido como sujeito e protagonista no processo de constituição do AT. Mangia e Nicácio (2001), complementam as formas de assistência as quais focalizam sua ação na concepção de mecanismos pelos quais os usuários com transtorno mental possam recriar suas vidas, por meio de participação direta no cotidiano, e que possam reestabelecer um vínculo afetivo válido dentro do meio social, gerando um sentido existencial, produzindo vida em seus territórios.

Nesse contexto, foi percebido que a ação do AT foi um dispositivo relevante, pois, ao acompanhar o usuário, foi possível observar sua inserção no território. As ações planejadas e após realizadas durante o desenvolvimento do AT foram de certa maneira alcançadas, pois os usuários a partir destas permaneceram assistidos pela rede de saúde.

Assim sendo, as ações desenvolvidas sobre certos aspectos cumpriram a propositiva terapêutica do cuidado longitudinal, buscando garantir o bem-estar do usuário, o aumento dos laços familiares, as trocas afetivas, além de sua inserção no território.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento Terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em Hospital Psiquiátrico: Relato de uma experiência. **PsicolClin**. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS:clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ELIAS, P. E. et al. Cuidados de saúde primários: a comparação das unidades de PSF e UBS por estrato de exclusão social na cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2006, v. 11, p. 633-641.

HAESBAERT, R.; ARAUJO, F. G. B. **O mito da desterritorialização:do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

LERNER, R. Matriz discursiva da contratransferência: discussão ética acerca do acompanhamento terapêutico e de instituições de saúde mental. **Psychê, Revista de Psicanálise**, ano X, 18, 21-28, 2006.

MANGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.P; BERTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NETO, G. J. et al. Possíveis caminhos de atenção à Saúde (Mental): A inerência compondo a rede de desinstitucionalização. **Saúde em Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2004.

NETO, R. O. R; PINTO, A. C. T; OLIVEIRA, L. G. A. **Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber**. **Psicol. cienc. prof**, Brasília, v. 31, n. 1, 2011.

PALOMBINI, A.L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê, Revista de Psicanálise**, ano X, 18, 115-127, 2006.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, M. **Território e sociedade**. Entrevista com Milton Santos. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

_____. **Por outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

_____. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2006.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Visita Domiciliar**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.

SIMÕES, C. H. D. **A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: Uma análise crítica**. Faculdade de Ciências Médicas. 2005.183 f. (Mestrado em enfermagem)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SOUZA, M. J. L. **O território:** sobre espaços e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORREA, R. L. (Orgs.). **Geografia:** conceitos e temas Rio de Janeiro: Bertrand, 2008.

VIANNA, P.C.M.; BARROS, S. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. **Saúde em Debate**, v.29, n.69, p.27-35, 2005.