

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI (UFSJ)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

RAQUEL LÁZARA ALVES SEVERINO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO:  
estudo de caso do AT do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde  
(NEPIS/UFSJ)**

SÃO JOÃO DEL REI – MG

PPGPSI/UFSJ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI (UFSJ)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

RAQUEL LÁZARA ALVES SEVERINO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO:  
estudo de caso do AT do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde  
(NEPIS/UFSJ)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito de avaliação para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: 2 “Instituições, Saúde e Sociedade”.

Orientador: Prof. Dr. Walter Melo

SÃO JOÃO DEL REI – MG

PPGPSI/UFSJ

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca  
(DIBIB) e Núcleo de Tecnologia da Informação  
(NTINF) da UFSJ,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S498a Severino, Raquel Lázara Alves .  
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) NA FORMAÇÃO  
DO PSICÓLOGO: estudo de caso do AT do Núcleo de  
Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde  
(NEPIS/UFSJ) / Raquel Lázara Alves Severino;  
orientador Walter Melo. -- São João del-Rei,  
2022.  
104 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --  
Universidade Federal de São João del-Rei,  
2022.

1. Acompanhamento Terapêutico (AT). 2.  
Formação do Psicólogo. 3. Estudo de Caso do AT do  
NEPIS-UFSJ. 4. Formação do Psicólogo para o



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 30 / 2022 - PPGPSI (13.24)**

**Nº do Protocolo: 23122.014665/2022-33**

**São João del-Rei-MG, 18 de abril de 2022.**

A Dissertação "**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: estudo de caso do At do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em saúde (NEPIS/UFSJ)**"

elaborada por **Raquel Lázara Alves Severino**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRA EM PSICOLOGIA**

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Dr. Demétrius Alves França (IFB)

Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

*(Assinado digitalmente em 21/04/2022 09:34 )* CELSO FRANCISCO TONDIN  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR DPSIC (12.25)  
Matrícula: 2325552

*(Assinado digitalmente em 18/04/2022 10:40 )* WALTER MELO JUNIOR  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR DPSIC (12.25)  
Matrícula: 2510037

*(Assinado digitalmente em 19/04/2022 15:05 )* LARISSA MEDEIROS MARINHO DOS SANTOS PROFESSOR  
DO MAGISTERIO SUPERIOR COPSI (12.70)  
Matrícula: 1759778

[ipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp](http://ipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp) informando seu número: **30**, ano: **2022**,  
tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de emissão: **18/04/2022** e o código de  
verificação: **3f11f7e74b**



Dedico este trabalho a Deus, por nortear minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pela minha vida, por me guiar e acompanhar durante toda minha trajetória, ultrapassando todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho, permitindo que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus pais por sonhar e acreditar sempre em meu potencial, e as minhas irmãs pelo apoio, carinho, incentivo. A minha família, por compreender as distâncias durante meu período de estudo e escrita.

Ao Rodrigo, pelo apoio, carinho, incentivo e sobretudo pela força nos momentos mais difíceis, principalmente nos momentos em que nem eu acreditava mais ele estava ali incentivando.

As minhas amigas e amigos de tantos lugares, que de maneira direta e/ou indireta foram a força que mais precisei.

Ao professor e orientador Walter, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Aos professores Demétrius, Celso e Larissa por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram meu aprendizado.

A Priscila, Gustavo, Matheus, Marina Paula, Carmem e demais companheiros pesquisadores do NEPIS pela escuta, acolhimento, companheirismo e ajuda.

Aos meus colegas de curso e profissão que se dispuseram a colaborar por meio das entrevistas para realização desta dissertação.

A Karen pela grandiosa contribuição com meu processo.

A minha psicóloga por todo acolhimento ao longo deste período.

A UFSJ e ao PPGPSI em especial.

Ao Luís Inácio Lula da Silva (“Presidente Lula”) por ter aberto as portas para que eu, mulher preta e pobre, pudesse estar aqui fazendo ciência e contribuindo com a formação de profissionais de psicologia para atuação em saúde.

Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção.(Paulo Freire)



## RESUMO

SEVERINO, R, L, A. (2022) Acompanhamento Terapêutico (AT) na Formação da (o) Psicóloga (o): estudo de caso do AT do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ) [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João Del-Rei]

A Psicologia como ciência e profissão se insere em diversos campos de atuação, dentre os quais podemos destacar o Sistema Único de Saúde (SUS), e após as reformas Sanitária e Psiquiátrica ocorridas no Brasil, modificou-se o modo de enxergar os sujeitos que necessitam de cuidados. Porém, a formação de profissionais para atuação em saúde mental é um dos maiores desafios para a manutenção da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, a formação profissional deve garantir o cuidado integral, levando em consideração esses diversos cenários de atuação e os contextos históricos, sociais, políticos e econômicos. Isso significa que o psicóloga (o) deve refletir sobre novas formas de agir, inserido em equipe interdisciplinar, na intenção de garantir o cuidado integral. Levando em conta essas proposições iniciais em consideração, a dissertação aqui apresentada tem como objetivo: avaliar em que medida o estágio em Acompanhamento Terapêutico do NEPIS/UFSJ é pautado pela práxis, isto é, se contribuiu com a formação crítica de Psicólogas (os) para atuação em saúde. O *corpus* da pesquisa foi composto por entrevistas semiestruturadas com os egressos do curso de Psicologia que passaram pelo estágio de AT vinculado ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ). Como resultados encontramos núcleos de sentido correlacionando com as noções de dialogicidade, criticidade, corporeidade da palavra pelo exemplo e práxis, enfatizadas na obra de Paulo Freire (2011). A partir desta pesquisa é possível perceber que o AT do NEPIS-UFSJ se configura como um dispositivo clínico-político, colocando em questão o funcionamento da RAPS e a forma em que a comunidade local responde a desinstitucionalização da loucura. Além disso o AT do NEPIS se mostra uma importante possibilidade de formação pautada pela práxis e criticidade, proporcionando aos estudantes refletir sobre as possibilidades e ações buscando sempre práticas inovadoras condizentes com a luta antimanicomial e as ações extramuros.

**Palavras-chave:** Formação da (o) Psicóloga (o); Práxis; Acompanhamento Terapêutico; Saúde Mental; Paulo Freire.

## ABSTRACT

SEVERINO, R, L, A. (2022) Therapeutic Accompaniment (TA) on Psychologist formation: a case study of the TA from the Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ). [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João Del-Rei]

Psychology as a science and profession inserts itself into different fields of action, among which we can highlight the Sistema Único de Saúde (SUS – Public Brazilian National Health System), and the way of looking at the subjects that need of health care has changed, after the Sanitary and Psychiatric reforms that took place in Brazil. However, the formation of professionals to work in mental health is one of the biggest challenges to maintain the Psychiatric Reform principles. In this context, professional formation must guarantee integral care model, taking into account the different scenarios of professional action and the historical, social, political and environmental contexts. It means that the Psychology professional must reflect on new ways of acting, as a part of an interdisciplinary team, with the aim of guarantee the integral care. Taking these initial proposals into consideration, this dissertation has the objective of evaluate to what extent the internship in Therapeutic Accompaniment (TA) of NEPIS/UFSJ is based on praxis, i. e., if it contributes itself with the critical formation of psychologists to work in healthcare. The research's corpus was composed of semi-structured interviews with graduated students of Psychology that took part into the internship program in TA, wich is linked to the Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ). As results, we found nuclei of meaning correlated with the notions of dialogicity, criticality, corporeity of the word through example and praxis, emphasized in the work of Paulo Freire (2011). From this research it is possible to understand that the TA of the NEPIS-UFSJ is configured as a clinical-political device, by calling into question the functioning of RAPS and the way in which the local community responds to the deinstitutionalization of madness. Furthermore, the internship program in TA of NEPIS show itself as an important possibility of formation based on praxis and criticality, and enables students to reflect on possibilities and actions, always seeking to prioritize innovative practices consistent with anti-asylum struggle and extramural possibilities.

**Key words:** Psychologist formation; Praxis; Therapeutic Accompaniment; Mental health, Paulo Freire;

## RESUMEN

SEVERINO, R, L, A. (2022) Acompanhamento Terapêutico (AT) na Formação do Psicólogo: estudo de caso do AT do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ) [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João Del-Rei]

La psicología como ciencia y profesión forma parte de varios campos de actuación, entre los que podemos destacar el “Sistema Único de Saúde” (SUS), y después de las reformas Sanitarias y Psiquiátricas ocurridas en Brasil, la forma de ver a los sujetos que necesitan de cuidados se cambió. Sin embargo, la formación de profesionales para actuar en salud mental es uno de los mayores desafíos para el mantenimiento de la Reforma Psiquiátrica. En este contexto, la formación profesional debe garantizar una atención integral, teniendo en cuenta estos diferentes escenarios de acción y los contextos histórico, social, político y económico. Esto significa que la/el psicóloga/o debe reflexionar sobre nuevas formas de actuar, dentro de un equipo interdisciplinario, con la intención de garantizar un cuidado integral. Teniendo en cuenta estas proposiciones iniciales, la disertación aquí presentada tiene como objetivo: evaluar en qué medida el internado en Acompañamiento Terapéutico en NEPIS/UFSJ está orientado por la praxis, es decir, si contribuyó a la formación crítica de las/los Psicólogas/os para la actuación en salud. El *corpus* de la pesquisa consistió en entrevistas semiestructuradas con egresados de la carrera de Psicología que pasaron por el internado del AT vinculado al “Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS/UFSJ)”. Como resultados, encontramos núcleos de sentido que se correlacionan con las nociones de dialogicidad, criticidad, corporeidad de la palabra por el ejemplo y la praxis, enfatizadas en la obra de Paulo Freire (2011). A partir de esta investigación, es posible percibir que el AT del NEPIS-UFSJ se configura como un dispositivo clínico-político, cuestionando el funcionamiento del RAPS y la forma en que la comunidad local responde a la desinstitucionalización de la locura. Además, el AT del NEPIS demuestra ser una importante posibilidad de formación guiada por la praxis y la criticidad, permitiendo a los estudiantes reflexionar sobre las posibilidades y acciones, buscando siempre buscar prácticas innovadoras coherentes con la lucha contra el asilo y las acciones extramuros.

**Palabras clave:** Formación de la/del Psicóloga/o; práctica; Acompañamiento Terapéutico; Salud mental; Paulo Freire.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
1. FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (A): A PRÁTICA PELO APRENDIZADO PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL .....	17
1.1 Formação da (o) Psicóloga (o) como “profissional de um novo tipo” .....	17
1.2 Formação da (o) Psicóloga (o) como profissional da saúde: noções fundamentais para atuação na saúde mental.....	21
2. O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO PRÁTICA PARA FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL .....	25
2.1 O NEPIS.....	25
2.2 A história do AT.....	27
2.3 O AT do NEPIS .....	29
3. OBJETIVOS .....	34
3.1 Objetivo geral.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4. METODOLOGIA .....	35
4.1 Tipo de pesquisa.....	35
4.2 Cenário do estudo.....	36
4.3 Sujeitos do estudo .....	36
4.4 Coletas de dados.....	37
4.5 Procedimentos para a entrevista .....	38
4.6 Análise dos dados.....	38
5. O AT Como prática educativa.....	41
5.1 Dialogicidade .....	42
5.2 Criticidade.....	48
5.3 Práxis .....	63
5.4 Corporificação das palavras pelo exemplo .....	82
6. O AT DO NEPIS/UFSJ NA FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O).....	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A – Termo de consentimento de livre esclarecimento sobre a pesquisa.....	96
APÊNDICE B: Roteiro de entrevista semiestruturada destinada à pesquisa .....	99

## INTRODUÇÃO

A psicologia é uma das profissões da saúde, estando inserida no SUS, faz com que as unidades de ensino superior, responsáveis pela formação de psicólogas (os) precisem estar atentas às necessidades do serviço público de saúde e da comunidade. Nesse sentido, a universidade deve se preocupar em garantir uma formação que preze pelo cuidado integral, o que significa pensar constantemente em novas formas de agir em saúde (Brasil, 2018). Sob essa perspectiva, o profissional de saúde deve refletir sobre a forma de organização dos processos de trabalho dos serviços públicos de saúde e buscar estratégias que ampliem as possibilidades de apreensão das necessidades dos sujeitos que buscam esses serviços, mantendo o diálogo entre o sujeito cuidado e o sujeito cuidador como peça central para que tal apreensão aconteça (Mattos, 2004).

Modificações na forma de cuidado podem ser observadas desde o final da década de 1970, e sua operacionalização progressiva vem ocorrendo desde o início da década de 1980. Tais mudanças se deram diante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que consiste em um processo de reorientação do modelo de cuidado em saúde mental a pessoas acometidas por sofrimentos mentais (Brasil, 2005). Julgo aqui como um dos importantes pontos a serem destacados que a reformulação no cuidado psiquiátrico envolve variadas críticas e indagações, incluindo não apenas questões relacionadas ao cuidado em saúde mental propriamente dito, mas também de ordem política, jurídica, epistemológica e cultural (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, iniciada ao final da década de 1970, pode ser identificada como um movimento que busca questionar o atendimento e o cuidado ofertados majoritariamente em hospitais psiquiátricos situados fora do território do indivíduo, os quais, além de olhar o sujeito apenas a partir de sua doença, deixavam de perceber outras necessidades, entre elas, a de contato social, atrelada a mudanças do modelo asilar inscritas também em um contexto internacional (Brasil, 2005). Segundo o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, as críticas se davam a

[...] favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005, p. 6).

As críticas e indagações culminaram na criação de uma série de políticas públicas que têm como objetivo a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a estruturação de uma rede de serviços substitutivos capaz de prestar assistência qualificada à população que permanecia majoritariamente em hospitais psiquiátricos. Os principais serviços implementados como alternativas terapêuticas são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o programa De Volta para Casa e os atendimentos prestados pelas equipes de saúde da atenção básica (Brasil, 2005). Todos esses serviços são destinados à assistência de indivíduos com sofrimento psíquico ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Segundo Paim (2009):

[...] até outubro de 2008 o SUS dispunha de mais de 1.290 Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para atender pessoas com transtornos mentais próximos de suas residências, evitando internações em hospitais psiquiátricos. Mais de 2.500 pacientes, separados das suas famílias por muitos anos nos hospitais psiquiátricos passaram a morar em mais de 500 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). [...] mais de 1.100 ex-internos passaram a conviver com suas famílias, que tiveram apoio para recebê-los dentro do programa De Volta Para Casa, mediante bolsas (p.81 e 82).

Com a passagem do modelo psiquiátrico tradicional para a lógica psicossocial, que pretende ser substitutiva a ele, a maneira de lidar com a saúde foi modificada. Com isso, também se alterou o modo de enxergar os sujeitos que necessitam de cuidados. A principal alteração consiste no cuidado no território e na inserção social desses sujeitos, ou seja, um acompanhamento clínico que não compreenda e cuide do indivíduo apenas a partir de um diagnóstico, mas sim partindo de suas particularidades e diferenças, ampliando o objeto de trabalho ao contexto de sua história de vida, subjetividade, família, enfim, ao seu território como um todo.

Esse modo de atenção em saúde mental, para ser efetivado, também pressupõe o envolvimento de ações que promovam cidadania a partir da produção de autonomia do indivíduo usuário da rede de saúde mental. Para isso, são reconhecidas as possibilidades desses indivíduos de fazer escolhas, de estabelecer relações e trocas sociais, de acordo com expectativas e modos de vida próprios de cada um (Brasil, 2005).

Diante do exposto, torna-se necessária uma atuação profissional interdisciplinar, a qual garanta um cuidado integral, com vistas a uma separação cada vez menor entre saúde física e saúde mental (Lancetti & Amarante, 2006). Nesse sentido a Clínica Ampliada e Compartilhada, motivada pela Reforma Psiquiátrica e desenvolvida por Gastão Wagner nos anos 1990 é uma possibilidade de atender a essa demanda, pois tem como foco o trabalho conjunto dos profissionais (Campos et al., 2014).

Outra questão que orienta as práticas de saúde no sentido de oferecer todo o tipo de assistência que o cidadão necessitar, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, é o princípio da integralidade, definido na Lei nº 8.080/90. Trata-se de uma tarefa bastante complexa para o sistema de saúde brasileiro, já que oferecer uma assistência integrada em todos os níveis de complexidade exige expressivo investimento de recursos financeiros e humanos, fato este ainda não observado na realidade do nosso país (Brasil, 1890).

Coerente com o princípio de integralidade, a Clínica Ampliada opera uma tripla ampliação: do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho (Brasil, 2009b; Campos et al., 2014). Um dos pontos centrais dessa proposta, o desenvolvimento de uma gestão compartilhada do cuidado, visa amenizar a inevitável desigualdade de *saber x poder* na relação *profissional de saúde x usuário da rede* e produzir práticas de cuidado mais pautadas no diálogo e na negociação do que em saberes prescritivos (Campos et al, 2014).

Desse modo, a Clínica Ampliada exige uma equipe multiprofissional agindo de modo a buscar uma integração e, se possível, atuando interdisciplinarmente na busca pela ampliação de recursos de intervenção no processo saúde-doença, e na elaboração de projetos e intervenções terapêuticas de acordo com a necessidade e vulnerabilidade de cada caso.

Porém, existem alguns desafios com relação à Reforma Psiquiátrica, o que dificulta a implementação e a execução da Clínica Ampliada nos serviços de saúde mental. Dentre eles se destacam a acessibilidade e a equidade, a formação de trabalhadores e o debate cultural, o qual inclui discussões sobre o estigma atribuído à pessoa em sofrimento mental, sobre a inclusão social, a superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico e a influência dos meios de comunicação na reprodução e/ou transformação dos estigmas (Brasil, 2005). Dentre estes três aspectos, a formação de trabalhadores é o maior desafio.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela

do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos.(Brasil, 2005, p. 45)

Muitas instituições de formação de profissionais têm se mostrado alheias à necessidade de um preparo para atuação no Sistema Público de Saúde, tendo como base seus princípios e objetivos. Isso acontece por diversos motivos e perpetua um modelo hegemônico de formação (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Para uma mudança significativa desse cenário, as unidades formativas dos profissionais da saúde deveriam estar conveniadas ao SUS (Sistema Único de Saúde). Cerqueira (1984), desde a década de 70, sempre dizia sobre a necessidade de investir na formação de trabalhadores de novo tipo, considerando os convênios entre a secretaria de saúde e as universidades como alternativa para a formação de profissionais aptos a atuar partindo da concepção da Reforma Psiquiátrica. O diálogo entre formação e serviço de saúde poderia gerar possibilidade de trânsito dos profissionais em formação nos serviços, abrindo portas para observação do campo e para estágios. Tudo isso possibilitaria a aproximação entre o ensino e o trabalho, o que proporcionaria associações entre teoria e prática durante o período formativo (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Uma das possibilidades de aproximação entre teoria e prática é a relação horizontal entre professor e aluno pautada na dialogicidade, possibilitando também a criticidade sobre a práxis (Freire, 2005). No entanto, isso é um desafio diante das características das instituições de ensino. Um exemplo disso são as dificuldades em colocar em prática uma formação para atuação que seja coerente com as demandas da reforma psiquiátrica. Soma-se a isso o significativo distanciamento das unidades formativas em relação ao serviço público de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Formar profissionais sob a perspectiva da integralidade, com a possibilidade de atuação sob a ótica da Clínica Ampliada e sua efetiva implementação, provocando uma prática que analise o indivíduo em sua complexidade, constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação, como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica do processo de trabalho.

Apesar das dificuldades é possível uma formação pautada na ruptura do modelo tradicional, condizente com o princípio da reforma psiquiátrica. Afirmando isso olhando para



minha própria formação. Enquanto estudante do curso de Psicologia da UFSJ tive a possibilidade de vivenciar e aprender com as articulações dos eixos-base de ensino, pesquisa e extensão. As quais me permitiram uma prática atuante no território, que despertou em mim a percepção sobre a importância da noção de integralidade e demonstrou a necessidade de a Clínica Ampliada sair do escopo conceitual e tornar-se uma prática concreta, capaz de modificar realidades e promover a saúde da população. O que possibilitou assegurar aprendizado ativo durante minha formação discente.

Diante do exposto, torna-se pertinente trazer aqui um pouco da minha trajetória acadêmica formativa, o que auxiliará na compreensão do objeto desta pesquisa. Por motivações pessoais, antes de me integrar a um ambiente formal de estudos, sempre li sobre saúde mental, os transtornos relacionados a ela, e as formas de atuação da sociedade e de profissionais da saúde em relação à problemática. Logo nos primeiros períodos do curso de Psicologia, tive a oportunidade de participar de estágios e projetos de extensão e de pesquisa, cujo foco principal era a saúde mental. As leituras realizadas e as discussões promovidas dentro dos grupos de estágio, núcleos de extensão e de pesquisa, e em sala de aula ampliaram minha compreensão sobre a temática e sobre as possibilidades de atuação da (o) psicóloga (o).

Em março de 2015, passei a integrar a equipe do Projeto de Extensão “Ateliê de Cerâmica da APADEQ: Arteterapia e Geração de Renda”, como bolsista do projeto na Comunidade Terapêutica da APADEQ (Associação de Parentes e Amigos do Dependente Químico). Exercendo as atividades no ateliê, percebi o quanto o olhar para os indivíduos, que ali permaneciam por dois meses, era limitado ao seu quadro clínico de Dependência Química, deixando de lado os demais aspectos psicossociais que perpassam por nós humanos. Neste mesmo ano passei a integrar a equipe de estagiários vinculada ao projeto de extensão “Eiras e Beiras” da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Este projeto possibilitou uma maior compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seu funcionamento, e me permitiu acompanhar usuários dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de São João Del-Rei, em 2015 no CAPS Del-Rei e, em 2016, no CAPS – AD (Álcool e Outras Drogas).

Em contato com os serviços de saúde mental, percebi que as situações cotidianas demandam muito mais do que se ensina na maioria das disciplinas durante a graduação, e que estas encontram-se, em sua maioria, fragmentadas, compartimentalizadas, com pouca ou nenhuma interação entre si e com a RAPS. Segundo Paulo Freire (2011) ao ensinar o professor deve trazer para suas metodologias de ensino a corporeidade do exemplo, para facilitar a

visualização da teoria na prática dos serviços de saúde. Para Paulo Freire (2011) a prática testemunhal é de sua importância no contexto de ensino-aprendizagem. A subjetividade das pessoas e seu sofrimento não eram sequer ouvidos pelos trabalhadores das unidades, talvez por não terem tido uma formação pautada pela práxis, ou a prática testemunhal ao longo de sua formação escassa. O sofrimento aqui mencionado não se refere apenas ao sofrimento mental, mas também àquele originado por condições sociais de existência precárias e que pode ser expresso pelas dores e angústias. Sinais e sintomas não eram articulados em um quadro mais amplo, para além da doença, e raramente era estabelecido diálogo com outros profissionais da mesma equipe. As questões trazidas pelos usuários dos serviços não eram compreendidas e os profissionais tinham dificuldades em construir estratégias que garantissem um cuidado ampliado dessas pessoas. Tudo isso resulta de uma formação norteada pelo paradigma hegemônico, na qual os indivíduos são preparados para colocar em prática habilidades, atos e ações muito específicas sem olhar a pessoa com necessidade de cuidados e tratamentos como um ser biopsicossocial (Brasil, 2005).

Em 2016, alguns integrantes do estágio “Eiras e Beiras”, me incluindo, tivemos a oportunidade de participar de um estágio de férias junto à rede de saúde em alguns municípios no estado de São Paulo. Em particular, tive a oportunidade de conhecer um pouco da realidade da rede de saúde de São Bernardo do Campo-SP. Esta experiência possibilitou-me a percepção de que é possível promover saúde mental sem descuidar das demais necessidades de cada sujeito. Percebi que as práticas de promoção de saúde ali desempenhadas tinham o intuito de construir uma prática condizente com a ética da inclusão, considerando o sujeito em suas dimensões subjetiva e social, e contemplando-as no tratamento dos usuários dos serviços substitutivos de saúde mental. A Clínica Ampliada era o eixo norteador de todo e qualquer acompanhamento promovido pelos profissionais da rede, conduta esta, muito diferente da vivenciada na rede de saúde de São João Del-Rei – MG até o momento.

Em 2017, passei a integrar voluntariamente a equipe de estagiários do NEPIS (Núcleo de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Saúde), da Universidade Federal de São João del-Rei, e dentre as várias possibilidades de atuação, escolhi integrar o grupo de AT (Acompanhamento Terapêuticos), no qual permaneci até dezembro de 2018. O grupo de estágio em AT originou-se a partir do PET – Saúde/Redes (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde) com vigência de 2013 a 2015. A proposta do PET Saúde/Redes nasceu da

necessidade de estreitamento da relação entre as equipes de saúde do CAPS e da ESF (Estratégia Saúde da Família) (Thomaz, 2018).

Como o nome do Programa já diz (Programa de Educação pelo Trabalho), a partir do desenvolvimento de atividades vinculadas a ações e serviços do SUS, criam-se também possibilidades para qualificar a formação da (o) futura (o) psicóloga (o), por meio da inserção supervisionada, com conseqüente oferta de oportunidades de vivências reais da atuação (Rézio et. al., 2015).

Uma vez inserida no AT e fazendo leituras sobre a prática, percebi que o modo psicossocial de atenção à saúde no qual se insere a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico é um instrumento de ação terapêutica que considera a pessoa com transtornos mentais em seu contexto social, histórico, psíquico, biológico e cultural, com vistas a contribuir com o processo de inclusão das diferenças, do extraordinário, das dificuldades humanas, além de contribuir bastante com o (re)estabelecimento da autonomia do sujeito (Pitiá & Furegato, 2009). O AT é, portanto, uma modalidade clínica terapêutica que se desenvolve no território do sujeito acompanhado, o que engloba diferentes lugares e contextos que lhe façam sentido, resgatando vínculos sociais, sua cidadania e sua circulação pelos espaços físicos e sociais.

Essa prática, além de outras possibilidades, é um recurso para pessoas com transtornos psíquicos que são afetadas pelo isolamento social, pelo empobrecimento da vida afetiva e social e pela dependência de substâncias psicoativas e/ou que gerem dificuldade de articular-se com o ambiente familiar e social. Por isso, busca-se a ampliação de movimentos do indivíduo, seja pela maior integração com a família e com outros grupos, propiciando novas oportunidades de articulação com o social, seja pelo reconhecimento de si como sujeito capaz de realizar tarefas que anteriormente não desenvolvia (Pitiá & Furegato, 2009).

Pitiá e Furgerato (2009) afirmam que a proposta do AT se aproxima, portanto, do objetivo da Reforma Psiquiátrica de “desinstitucionalização” da loucura, compreendida como desconstrução, desmonte dos aparatos científicos, legislativos e administrativos próprios do paradigma psiquiátrico tradicional.

Considerando a importância das transformações que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica em favor do acolhimento da pessoa com transtorno mental, e diante das experiências vivenciadas na jornada acadêmica da pesquisadora, é possível perceber que além do importante papel na vida de cada acompanhado, o AT promove formação sobre o modo de atuação de cada Acompanhante Terapêutico (estagiário do AT), no contexto de saúde mental.

Graças a esse fato, despertou-se o desejo de investigar e avaliar em que medida o estágio de Acompanhamento Terapêutico contribuiu com a formação dos egressos do curso de Psicologia da UFSJ (ex-estagiários do AT) e com sua atuação crítica enquanto profissionais. Ou seja, pretendemos avaliar se ele funciona como práxis, que é a indissociabilidade entre teoria e prática. Para isso, avaliaremos, por meio de entrevista, a trajetória formativa dos alunos egressos do curso de psicologia que passaram pelo estágio em AT, os diários de campo por eles produzidos, e a matriz curricular do curso entre 2013 e 2018, período de vigência do estágio em AT.

## **1. FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O): A PRÁTICA PELO APRENDIZADO PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL**

Este capítulo, aborda o panorama nacional de formação das (os) Psicólogas (os) no Brasil. A ideia é avaliar, a partir do estudo de caso, se o AT do NEPIS consegue formar psicólogas (os) socialmente comprometidos, isso é, se conseguem atender as demandas da luta antimanicomial presentes nos serviços de saúde. Uma formação socialmente comprometida deve juntar aspectos da clínica, da saúde pública, da psicologia social, dando um sentido amplo e inovador às diretrizes curriculares nacionais.

A orientação governamental atual é que as universidades se pautem no tripé Ensino-Pesquisa-Extensão, de forma a possibilitar que a prática e a teoria sejam aliadas. Porém, de um modo geral, percebemos que as instituições formadoras não conseguem dar a mesma ênfase a todos os aspectos do tripé, o que pode comprometer a atuação profissional dos egressos. Nesse sentido, é necessário avaliar se a reflexão sobre a prática de trabalho continua existindo após o período formativo.

### **1.1 Formação da (o) Psicóloga (o) como “profissional de um novo tipo”**

O modo de acolher e cuidar de pessoas em sofrimento mental vem sendo modificado nos últimos anos. Duas grandes potências para tal modificação foram a Reforma Sanitária, que se insere na luta pela modificação, na forma de cuidar da saúde das pessoas e na organização das instituições de saúde responsáveis por tais cuidados, e a Reforma Psiquiátrica que busca desconstruir a psiquiatria clássica, transformando o cuidado tradicional para um olhar biopsicossocial para obter um melhor acolhimento e cuidado as pessoas que se encontram em sofrimento mental (Silva, 2018).

O início de tais modificações na forma de cuidado podem ser observadas desde o final da década de 1970, com a Reforma Sanitária, mas sua operacionalização progressiva vem ocorrendo desde o início da década de 1980, consolidando-se a partir da Constituição de 1988 (Paiva & Teixeira, 2014).

O SUS, Sistema Único de Saúde, é resultado de um movimento social que envolveu profissionais e estudantes da área da saúde, professores e pesquisadores além de outros setores populares que defendiam o direito a saúde. Esse movimento possibilitou incluir na Constituição as diretrizes que possibilitou a implantação progressiva a organização dos serviços de saúde de forma pública no Brasil (Paim, 2009).

Segundo Silva (2018)

A Constituição Federal de 1988, além de apresentar novos determinantes e condicionantes da saúde, aponta para a organização do SUS de atenção integral e unificada, com financiamento público. O SUS passa a ser regulamentado com a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e a Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que discorre sobre o financiamento da saúde e da participação social. (p. 24)

Além de se comprometer com a organização do SUS (Sistema Único de Saúde) tendo como base a atenção integral à saúde, a Constituição também se compromete com a formação dos profissionais para atuação na rede de saúde. (Brasil, 2018). O SUS oferece uma gama de serviços de saúde e assistência médica. Dentre os serviços Paim (2009) destaca vigilância epidemiológica e sanitária, bancos de sangue, toda formação necessária aos trabalhadores, pesquisas científicas e tecnológicas (Paim, 2009).

O documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (Brasil, 2005) relata que a formação de profissionais da saúde precisa ser capaz de superar o paradigma do louco e da loucura, de modo a colocar em prática a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso vem sendo um dos maiores desafios da consolidação da Reforma.

Para que haja uma formação de “trabalhadores de novo tipo” como orienta Cerqueira (1984) é importante que os profissionais, mesmo durante seu período formativo, sejam capazes de compreender o contexto do serviço de saúde ao qual estão inseridos, para que possam atender o sujeito que necessita de cuidados e responder suas necessidades. Paulo Freire (2005), no livro *Pedagogia do Oprimido*, apresenta uma proposta de educação que seja pautada pela práxis, que segundo ele é a inserção da criticidade sobre a realidade na qual se está inserido, buscando uma transformação. Não se pode haver ruptura entre teoria e prática: o pensar e o agir devem estar sempre vinculados. Por meio da práxis, possíveis contradições entre elas (teoria e prática) podem ser superadas, uma vez que ela (práxis) se caracteriza por um processo contínuo de formação (Freire, 2005).

Assim, unindo o projeto de educação de Paulo Freire (2005) com o pensamento de Cerqueira (1984), podemos dizer que durante o percurso formativo é importante que os universitários tenham possibilidades de estar inseridos na rede de saúde desde os primeiros períodos de sua formação, sob orientação dos profissionais que já atuam nela, e também dos professores das unidades formativas de modo que possam unir a teoria e a prática para refletir sobre a realidade dos serviços e das pessoas que serão ali atendidas. Isso permite aos universitários *investigar seu atuar sobre a realidade, que é a sua práxis* (Freire, 2005, p. 136). As Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Psicologia, que se encontram na Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018 dizem o seguinte:

A Psicologia é uma ciência e uma profissão multifacetada, que se insere entre as profissões da saúde, mas também tem presença expressiva em outras áreas de atuação, particularmente na Assistência Social, na Educação e no Trabalho. Como uma das profissões da saúde, participa das ações conjuntas dos demais cursos da saúde, na defesa dos princípios democráticos, da proteção dos direitos humanos e da importância da inserção no SUS. Os conhecimentos, habilidades e atitudes estabelecidos como comuns aos cursos da saúde devem estar presentes na formação da (o) psicóloga (o), e ampliados para contemplar a expressão das singularidades da Psicologia, a multiplicidade de seus campos de atuação e a importância de sua inserção em outras políticas públicas promotoras de direitos e cidadania (Brasil, 2018, p. 199).

Neste contexto, o curso de Psicologia deve se respaldar, dentre tantas outras possibilidades, nas resoluções para formação de profissionais da saúde, pensando na futura inserção da (o) psicóloga (o) como profissional que atua no SUS. Com a passagem do modelo psiquiátrico tradicional para a lógica psicossocial, que pretende ser substitutiva a ele, a maneira de lidar com a saúde foi modificada. Com isso, também se alterou o modo de enxergar os sujeitos que necessitam de cuidados

A presente proposta visa o fortalecimento dos princípios fundantes e orientadores de uma formação que contemple a pluralidade, a competência e o compromisso com o aperfeiçoamento da sociedade, pautada numa perspectiva de direitos cidadãos plenos.

O caráter híbrido e plural da Psicologia efetiva-se em uma proposta de formação generalista, crítica, reflexiva, ética e transformadora, que contempla o caráter multifacetado da ciência psicológica, apontando uma diversidade de possibilidades tanto no que se refere às suas bases epistemológicas e metodológicas, quanto às suas áreas de atuação. Considerada essa diversidade de locus institucional, campos e aportes, e as demandas da sociedade brasileira, pode-se afirmar que, além da definição dos componentes teórico-metodológicos indispensáveis para a formação profissional da(o) psicóloga(o), é fundamental a inserção da/o estudante nas políticas públicas vinculadas à saúde, à educação, ao trabalho, à assistência social, à justiça, entre outras. [...] Esta proposta orienta o início precoce dos estágios obrigatórios, possibilitando não só a inserção do estudante nos campos de prática, mas a integração teórico-prática desde o início da formação. Os estágios dividem-se em básicos e específicos e devem ocorrer em grau crescente de complexidade, de acordo com os conhecimentos e habilidades desenvolvidos nas diferentes etapas do processo de formação (Brasil, 2018, p. 199).

O tripé Ensino-Pesquisa-Extensão e a correlação entre eles é fundamental e necessária na formação de profissionais (Trombetta & Schmidt, n. d.), uma vez que é condizente com orientações do parecer técnico citado anteriormente, e porque possibilita a formação integral de quem passa por ele.

O artigo 207 da Constituição de 1988 destaca que “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (Brasil, 1988). A partir do entendimento diante da autonomia que a Constituição deposita sobre as universidades, e diante da necessidade de se ter “trabalhadores de novo tipo” (Cerqueira, 1984), da deficiência do SUS em relação à formação de profissionais e das considerações do Conselho Nacional de Saúde sobre a formação da (o) Psicóloga (o), percebemos o quão necessário e urgente é colocar em prática o tripé Ensino-Pesquisa-Extensão. A articulação entre teoria e prática e o conhecimento da realidade social tornam possível a formação de “trabalhadores de novo tipo”.



## **1.2 Formação da (o) Psicóloga (o) como profissional da saúde: noções fundamentais para atuação na saúde mental**

A regulamentação da Psicologia como profissão foi dada na década de 1960, e inicialmente as (os) psicólogas (os) se estabeleciam em três principais áreas, clínica, organizacional e educacional. “Com o movimento da Reforma Sanitária, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública emergiu como um novo e profícuo campo de atuação para as (os) psicólogas (os)” (Mello & Teo, 2019, p. 2). Estando inserida no campo da saúde pública é importante que a formação da (o) psicóloga (o) seja pautada nos princípios que norteiam o SUS.

As bases do Sistema Único de Saúde são os princípios de universalidade e equidade, os quais pressupõem que sejam criadas estratégias que possam gerar para as populações mais vulneráveis acesso a saúde. Esse acesso deve ser pautado na integralidade, possibilitando levar em consideração a complexidade dos territórios existenciais de cada pessoa que utilize os serviços. O cuidado em saúde deve ser garantido pela universalidade, que torna o acesso um direito de todos e obrigação do Estado garanti-lo por meio de políticas públicas. Já o princípio da equidade deve intensificar o cuidado em saúde às populações mais vulneráveis, tornando a possível a igualdade na diferença (Lemke & Silva, 2011).

Para garantir um cuidado em saúde mental que não a separe da saúde física, assim como propõem a reforma psiquiátrica e as diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo SUS, Lancetti e Amarante (2006) afirmam que diferentes profissionais são necessários. Mas mesmo com diferentes profissionais atuando em um mesmo contexto corre-se o risco de que sua atuação compreenda e cuide do indivíduo a partir de um diagnóstico. Faz-se necessário que estes profissionais atuem de modo a visualizar particularidades e diferenças dos sujeitos, ampliando o objeto de trabalho ao contexto de história de vida, subjetividade, família, enfim, do território como um todo.

A plenária que aprovou a Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018, teve com uma de suas bases a seguinte consideração:

[...]a formação para o SUS deve pautar-se nas necessidades de saúde das pessoas, no respeito à garantia de direitos e na dignidade humana e que, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica, científica e de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino, serviço, comunidade, experienciando a diversidade de

cenários/espacos de vivências e práticas [...] (Brasil, 2018 p. 199).

Neste contexto a Clínica Ampliada torna-se uma das principais demandas de atuação dos profissionais da saúde, dentre eles os profissionais de Psicologia. A Clínica Ampliada e Compartilhada, conceito desenvolvido por Gastão Wagner de Souza Campos, tornou-se uma metodologia que visa, por meio de espaços de cogestão, contribuir para a formação de sujeitos críticos e implicados no desenvolvimento das instituições, confrontando relações de poder e produzindo conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre os contextos em questão, de modo a potencializar ação sobre tais circunstâncias (Campos et al., 2014).

O principal direcionamento da Clínica Ampliada é a tentativa de superação de fragmentação e barreiras entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, objetivando assim a construção de alternativas elaboradas a partir da cogestão e correlação entre saberes construindo e colocando em prática uma práxis que transcende ao conceito de doença-cura para um olhar para aquele que necessita de cuidados como um ser biopsicossocial (Campos 1996/1997).

A Clínica Ampliada foi incorporada aos discursos oficiais do Ministério da Saúde a partir dos anos 2000, especialmente pelas políticas de Atenção Básica e de Humanização (Brasil, 2011). A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como objetivo provocar os modos de gerir os processos de trabalho provocando práticas inovadoras desafiando as equipes a superar seus limites e consolidar redes e vínculos de modo a executar a corresponsabilização entre as pessoas que necessitam de cuidado e suas famílias, trabalhadores e gestores. Desse modo tem-se a possibilidade de potencialização da atenção e cuidado integral humanizado. O Cuidado humanizado em saúde, sobretudo na saúde mental faz parte da revolução da psiquiatria no Brasil, e torna-se importante para que o processo da Reforma Psiquiátrica continue sendo efetivado (Brasil 2009 e 2011).

O cuidado humanizado se inicia na acolhida da pessoa nas unidades de cuidado até a sua reintegração social plena, reestabelecendo sua autonomia reinserção social, na família e sociedade. E a prática Clínica Ampliada torna possível a humanização em sua totalidade, por isso partir de então, tornou-se uma prioridade nas equipes, pois ela exige dos profissionais uma prática de cuidado em saúde que analise o indivíduo em sua complexidade e compreenda a atuação integrada e interdisciplinar dos profissionais de saúde.

Na mesma direção, Dimenstein e Macedo (2012) dizem sobre a importância do trabalho em rede e no território, e podemos considerar que a atuação desde o período formativo pode

superar o índice de pouca bagagem de conhecimento para atuação posterior enquanto profissional.

A multiprofissionalidade, o trabalho no território e em rede, articulado por equipes de referência que se responsabilizam pela condução e pelo acompanhamento dos casos, o trabalho a partir de uma perspectiva ampliada da clínica, não restrita a aspectos biomédicos, voltada para o segmento longitudinal com responsabilidade e vínculo, além da busca de obtenção de outros gradientes de autonomia na atividade profissional com a proposta da gestão compartilhada e participativa visando à não padronização das atividades, a aposta na articulação de diferentes saberes e tecnologias na construção de diagnósticos e projetos terapêuticos singulares, bem como o desenvolvimento de ações de aumento do coeficiente de autonomia dos usuários [...] todos esses aspectos são norteadores importantes para qualificar a presença das (os) psicólogas (os) no SUS e para superar sua história de desconhecimento dos aspectos organizacionais e institucionais, bem como a pouca bagagem para encarar os enormes desafios clínico-institucionais colocados à sua frente (Dimenstein & Macedo, 2012, p. 241).

A formação precisa sim ser aprofundada de modo que se dê no e para o serviço, e isso só é possível na relação *ensino-serviço-comunidade*, como citam Dimenstein e Macedo (2012), pois segundo eles os serviços devem ser:

(...) espaços coletivos em que os trabalhadores, os alunos-estagiários e os professores-orientadores possam, em conjunto, interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho na medida em que exercitam ações em equipe e potencializam a multiprofissionalidade, bem como a interdisciplinaridade norteada pelos cuidados integrais (p. 240)

A multiprofissionalidade, a interdisciplinariedade, os princípios da Clínica Ampliada e da integralidade podem ser vistos e executados na atuação no território, sendo que profissionais que têm uma “formação de um novo tipo” tem maior possibilidade de executá-los abrangendo as dimensões da Reforma Psiquiátrica. Dimenstein e Macedo (2012) dizem ainda que *dentre as principais experiências que têm conseguido provocar tais mudanças relativas à formação em saúde, destacam-se as residências multiprofissionais e os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde ou Saúde Mental* (p. 241).

Nesta perspectiva podemos considerar o AT do NEPIS de fato como um formador de “trabalhadores de novo tipo”, pois o estágio surgiu diante da execução do PET Saúde/Redes que iniciou os trabalhos em 2013, e a partir disso integrou estudantes acompanhou diversos estagiários de diferentes cursos, biologia, medicina, psicologia, em seus diversos períodos de graduação, que estavam atuando junto à rede de saúde e possivelmente adquirindo conhecimento para sua atuação posterior a sua formação (Melo, 2018).

As ações intersetoriais na triangulação serviço-comunidade-universidade, associadas ao tripé Ensino-Pesquisa-Extensão, dão abertura para a articulação de ações formadoras capazes de redefinir o papel e a responsabilidade social das universidades. Nesse contexto, o saber prévio dos alunos e dos técnicos na área da saúde adquire uma postura problematizadora da realidade, a mesma postura que orienta as propostas do PET e as de estágios em atenção primária e saúde mental que envolvem alunos de Psicologia (Dimenstein & Macedo, 2012).

## **2. O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO PRÁTICA PARA FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo é possível conhecer em linhas gerais sobre o histórico do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, e percorrendo a trajetória do AT, até a consolidação do AT do NEPIS – UFSJ e de sua implementação como estágio. É necessário saber como está proposta a formação dos estudantes de psicologia no chão em que está inserida a pesquisa, tendo como foco AT uma vez que estamos investigando se ele funciona como práxis formativa.

Encontra-se neste, a proposta pedagógica do estágio, suas perspectivas de contribuição para a formação dos alunos, com ações que possam auxiliar a comunidade local. Além disso, é possível conhecer como o estágio foi tomando corpo ao longo do tempo, como eram as supervisões, as demandas e outras questões que se mostrarem relevantes. Por fim, como o acesso a uma formação em novos moldes, na qual se prioriza a assistência extra-hospitalar e se lança mão de ações extramuros, com vistas à transposição do modelo biomédico.

### **2.1 O NEPIS**

No Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP) do Departamento de Psicologia (DPSIC) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), situa-se o NEPIS, Núcleo de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Saúde (Melo et al., 2010) que tem como proposta a promoção de cuidado em relação à saúde mental dos sujeitos da comunidade externa à Universidade, por meio de técnicas terapêuticas não tradicionais. Sua principal característica é preencher as lacunas dos serviços ofertados à população (tratamentos psiquiátricos tradicionais), deixadas devido aos limites de atuação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, da região de São João Del-Rei.

O Núcleo se ramifica por meio de atividades de pesquisa e extensão, no Grupo Caminhos Junguianos (GCJ)<sup>1</sup> e no Programa de Extensão Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos laços e ações conjuntas (Laços e Ações)<sup>2</sup>. O trabalho é desenvolvido em

---

<sup>1</sup> O Grupo Caminhos Junguianos (GCJ) é vinculado ao NEPIS/UFSJ e, desde 2013, desenvolve estágios, grupos de estudos, cursos de extensão, projetos de Iniciação Científica, pesquisas de mestrado e de doutorado, tendo como base a Psicologia Analítica, de Carl Gustav Jung, e o trabalho de Nise da Silveira.

<sup>2</sup> O NEPIS/UFSJ iniciou suas atividades em 2007 com o programa de extensão Sistema de Saúde e Educação: estreitamento de laços e ações conjuntas (Laços e Ações). Durante doze anos, o Programa Laços e Ações desenvolveu atividades em diversos setores da área da saúde: CAPS Del-Rei, Conselho Municipal de Saúde,

quatro modalidades de Intervenção em Saúde Mental: Oficinas de Atenção Psicossocial, Grupo de Ouvidores de Vozes, Matriciamento e Acompanhamento Terapêutico (AT), sendo este último (AT) o objeto de pesquisa do presente trabalho (Melo, 2018).

Por meio de suas ações, o NEPIS também contribui com a trajetória acadêmica dos alunos e voluntários que por ele passam, buscando a formação de “trabalhadores de novo tipo”, termo utilizado pelo médico Luiz Cerqueira (1984) ao escrever sobre a transformação da assistência psiquiátrica e o rompimento com os padrões asilares. Para isso, Cerqueira (1984) aponta ser necessário que os profissionais tenham acesso a uma formação em novos moldes, a qual, no caso do NEPIS, é garantida por dois fatores fundamentais: priorização da assistência extra-hospitalar e direcionamento para ações extramuros. Assim sendo, os trabalhos realizados contemplam outros aspectos no cuidado, incluindo aqueles de caráter psicossocial, e consideram fatores que ultrapassem o modelo biomédico (Melo, 2018).

Outra contribuição importante se dá pelo acompanhamento das práticas dos alunos estagiários, com orientações/supervisões, e grupos de estudo, os quais auxiliam significativamente na formação crítica diante da atuação na promoção de saúde, conforme orienta o modelo psicossocial de atenção e cuidado em saúde mental. Segundo Freire (2014), *não se pode existir uma prática educativa neutra, descomprometida e apolítica* (pp. 43-44).

Nesta perspectiva o NEPIS segue educando aqueles que por lá passam, e auxiliando-os a se responsabilizarem e a lutarem por uma proposta de saúde que seja cada vez mais digna e comprometida com um cuidado humanizado, que fuja das propostas de tratamento do paradigma psiquiátrico e de sua principal forma de assistência, o manicômio, principalmente quando suas práticas são realizadas em espaços que não promovem trocas sociais e transformam as manifestações do sujeito em sintomatologia da doença. Além de contribuir com a formação de alunos e voluntários, o núcleo também atua com a educação permanente dos trabalhadores vinculados ao SUS na cidade de São João Del-Rei e microrregião (Melo, 2018).

## **2.2 A história do AT**

Segundo Thomaz (2018), as primeiras experiências de AT surgiram na década de 50 na Europa e nos EUA, cujas conjunturas à época favoreceram mudanças significativas nas

---

Centro de Testagem e Aconselhamento, Estratégia de Saúde da Família e CAPS ad. O programa de extensão serviu de base para a elaboração e desenvolvimento de dois projetos do PET Saúde/Redes (2013/2015) e GraduaSUS (2016-2018).

estratégias de atenção à Saúde como um todo. *No Brasil, o AT surge na década de 70 influenciado pela experiência argentina que, mobilizada pelos movimentos da psiquiatria social inglesa, buscava por modelos que se propunham a romper com a lógica manicomial.* (Thomaz, 2018, p. 29). Desde o surgimento do AT no Brasil até os dias atuais, os grupos que se organizavam para realizar uma ação terapêutica para além da institucionalização receberam diversos nomes, entre eles Atendente/Auxiliar Psiquiátrico, até chegar à nomenclatura atual de “Acompanhante Terapêutico”. As mudanças de denominações desses profissionais refletiam novos entendimentos sobre o papel que eles deveriam exercer “acerca do modo de fazer saúde mental, tanto no interior desses grupos, quanto no meio acadêmico” (Thomaz, 2018, p. 29). Isso ocorreu com vários termos que foram utilizados durante o processo de reforma psiquiátrica no mundo, especialmente na Europa e no Brasil, marcando assim a crítica ao saber médico.

Como se pode perceber, nas traduções que acompanharam a transição do Atendente Psiquiátrico para o Auxiliar Psiquiátrico, há também uma mudança de postura e de concepção em relação às práticas anteriores. O termo Acompanhante Terapêutico busca reivindicar certa autonomia em relação ao saber médico-psiquiátrico, demarcando a ação terapêutica dos acompanhamentos realizados. O acompanhante deixa de ser um mero auxiliar e passa a ser reconhecido em seu potencial de fazer uma clínica em saúde mental. Esse período de consolidação do AT como uma prática consistente no campo da saúde mental é o mesmo em que os serviços públicos de saúde mental passam a ser organizados com o intuito de superar as internações. As concepções de saúde começam a levar em consideração vários determinantes e condicionantes, tais como: moradia, saneamento básico, alimentação, renda, trabalho, transporte, educação e lazer. Assim, o AT passa a assumir um papel cada vez mais importante, com a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica [...] (Thomaz, 2018, p. 31).

Pitiá e Furegato (2009) apontam que diante do objetivo terapêutico de inclusão social, em harmonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, o AT é uma atividade clínica em circulação na cidade, território onde o sujeito acompanhado vive diariamente, local onde contingenciais se estabelecem e são construídas relações com o meio. O AT pode ser oferecido a pessoas em sofrimento psíquico que apresentem dificuldades no convívio social, na circulação e na ocupação dos espaços da cidade e se caracteriza por romper

com o isolamento característico da modalidade tradicional do consultório, abrindo-se para uma clínica a “céu aberto” que visa a reinserção social, a autonomia, a circulação e a apropriação do território, das relações entre objetos e dos espaços habitados pela comunidade na qual os usuários estão inseridos (Pitiá & Furegato, 2009). A Portaria MS 224 de 1992 estabeleceu a visita domiciliar como uma ação das equipes de Saúde Mental na comunidade, e a partir de então a atividade já denominada de Acompanhamento Terapêutico vai se inserindo nas políticas públicas, tornando-se um dispositivo clínico da Reforma Psiquiátrica (Lemke & Silva, 2011).

O AT é considerado uma atividade clínica porque há relação terapêutica entre o acompanhante e o acompanhado. A ação clínica do AT ocorre em sintonia com a execução do projeto terapêutico do acompanhado, que favorece o processo de reabilitação psicossocial e consequentemente da recuperação e/ou construção da autonomia do sujeito atendido. A clínica por meio do AT tem o objetivo de retirar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder criar algo novo em sua condição. O que difere de fato essas duas práticas é que o AT, por estar no território, pode sofrer interferências do meio externo que não estavam planejadas. As interferências podem ser desde uma discussão entre família, fala de alguém que se encontra na rua, proposta de emprego, discriminação, entre tantas coisas. Por isso, o acompanhante deve estar sempre atento ao que possa surgir, pois podem ser questões que vão potencializar, ou também desafiar o que foi construído com o sujeito até então (Pitiá & Santos, 2005).

A proposta terapêutica do AT não é aleatória: apesar da vivência de cenas inesperadas, exige uma formação para o acompanhante para intervir no ambiente e buscar uma melhor qualidade de vida para o acompanhado (cliente). Há a importância de um guia, de um projeto terapêutico, que procura articular a pessoa em seu território, ou seja, em seu espaço social. É um processo de reinvenção do cuidado em saúde mental que se faz presente a partir da própria condição do sujeito acompanhado (Pitiá & Santos, 2005).

O deslocamento de práticas e intervenção em saúde realizado no território, denominado por Lemke e Silva (2011) de itinerância, traz alguns questionamentos éticos, sendo eles:

em que medida as práticas e intervenções que se deslocam ao território expressam mudanças significativas na produção do cuidado em saúde? e em que medida os deslocamentos produzem mudanças nos territórios subjetivos dos usuários do serviço? (p. 981). Torna-se necessário questionar, criticar sempre para que as práticas não se tornem meras práticas e não esqueçam de seu real objetivo. E assim, percebemos mais uma vez a importância da práxis nas atuações de profissionais da saúde. A atuação no



território, como o AT, tornou-se uma importante possibilidade de articulação entre as Políticas de Saúde Mental e a Atenção Básica. O princípio da desinstitucionalização (oriundo da Reforma Psiquiátrica) e o princípio da integralidade (oriundo da reforma sanitária) marcam as transformações que as reformas se propõem a imprimir no cotidiano das práticas de cuidado. Ambos os conceitos constituem um engajamento ético-político do trabalhador e o investimento do território como um plano de articulação de suas práticas de cuidado (Lemke & Silva, 2011).

### **2.3 O AT do NEPIS**

O projeto proposto pelo NEPIS, para o edital do PET-Saúde/Redes, para início às atividades do AT e tinha como proposta o período de trabalho de 2013 a 2015, conforme descrito abaixo.

O PET-Saúde/Redes trata-se de um programa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, que tem como objetivo aproximar a formação acadêmica com o processo de trabalho. Suas ações se fazem mediante a articulação de profissionais atuantes e alunos de graduação, possibilitando, a esses estudantes, uma formação pautada na realidade dos serviços públicos de saúde e, aos profissionais, a oportunidade de repensar sua prática e de qualificar sua formação enquanto preceptores do programa. No primeiro ano de projeto, tomamos como objetivo o estreitamento da relação entre a equipe do CAPS de São João del-Rei e as equipes das ESF, a partir de ações de matriciamento em saúde mental. No segundo ano, passamos a realizar práticas de Acompanhamento Terapêutico (AT). (Thomaz, 2018, p. 15)

Ainda de acordo com Thomaz (2018), no primeiro ano do programa foram abordados o conceito e as ações de matriciamento e acolhimento. No segundo ano priorizou-se a intersetorialidade, partindo do estudo dos determinantes e condicionantes da saúde, tendo como metodologia o Acompanhamento Terapêutico (AT) com usuários do CAPS. Após a vigência do PET Saúde/Redes, muitas lacunas da rede de Saúde da localidade se mantinham, o que levou a necessidade de dar continuidade às atividades do AT até junho de 2019. Dessa vez, como atividades de estágio das quais participei.

O grupo era formado por discentes de graduação e pós-graduação em psicologia, alunos da medicina e ciências biológicas da UFSJ. Os sujeitos acompanhados eram usuários da rede de saúde mental da cidade de São João Del-Rei. As pessoas que forma acompanhadas pelos ATs foram escolhidas pelos trabalhadores da rede de saúde com a equipe de estágio em AT a partir do matriciamento realizado no primeiro ano do PET, e a metodologia de escolha se deu a partir dos casos que consideravam mais graves e delicados. Os acompanhamentos tinham como objetivo deslocar o cuidado centrado na doença para um cuidado integral, considerando suas histórias e subjetividades, como um método impulsionador de sua recuperação. O AT priorizava ações que apontavam para a reabilitação psicossocial, desconstruindo estigmas, buscando sempre promover saúde e ultrapassando o modelo biomédico, possibilitando assim o desenvolvimento integral dos acompanhados.

Os acompanhamentos eram realizados em duplas (ou trios), aconteciam ao menos uma vez por semana e duravam entre uma e três horas. Durante a realização dos acompanhamentos, o acompanhante e o acompanhado realizavam atividades cotidianas que buscavam alcançar os objetivos terapêuticos. A cada atendimento/accompanhamento os estagiários escreviam diários de campo (relatórios), relatando com detalhes as intervenções realizadas, o que foi proposto, mas não realizado, bem como os motivos para tal, além de suas impressões acerca do fato.

Cada dupla ou trio de acompanhantes era responsável pelos registros, em diários de campo, das ações empreendidas no trabalho desenvolvido. Esses diários continham informações técnicas e objetivas de cada caso, impressões pessoais dos estagiários e descrição dos percursos, das intervenções, situações e falas dos acompanhados, familiares, profissionais e demais envolvidos (Thomaz, 2018, p. 18).

Os diários de campo, junto aos relatos (por meio da fala) dos estagiários, compunham a matéria prima das supervisões. O estágio contava com grupos de estudo e com supervisores com experiência clínica e vasto conhecimento sobre a saúde mental, o que possibilitava a formação dos estagiários para o trabalho de promoção de saúde e autonomia dos acompanhados. Ou seja, tinha como proposta formar profissionais que, ao lidar com pacientes/clientes, priorizem técnicas que possibilitem resgatar a qualidade de vida e ressignificar a doença, aspectos esses dificilmente conseguidos apenas pela ação dos medicamentos e/ou ainda por meio de modalidades terapêuticas tradicionais.

Sennett (2009), em uma de suas obras, diz sobre o trabalho do artífice e sobre o forte vínculo entre a mão e a cabeça para que o trabalho seja feito com excelência. Assim podemos metaforizar o suporte entre o acompanhamento feito pelos estagiários, como sendo a mão, e a possibilidade de reflexão crítica sobre a atuação que o NEPIS oferecia, a cabeça. “Nessa relação de artífices, é necessário dialogar e refletir acerca daquilo que se produz e, para tanto, é preciso saber lidar com as dificuldades, diferenças e ambivalências inerentes à relação com o outro.” (Melo & Melo, 2022, p. 9). As partes devem estar em constante harmonia para que a formação aconteça.

Sennett (2009) afirma que o trabalho do artífice, além de envolver habilidades sofisticadas, demanda, de quem executa, o envolvimento nas atividades repetitivas e de quem ensina, um acompanhamento das técnicas, as quais, assim, aprimoram-se. O mesmo acontece com o fazer saúde de forma humanizada, tendo como base os princípios da promoção de saúde e o modelo biopsicossocial, em vez do modelo biomédico. No AT do NEPIS isso “[...] acontece, principalmente, pela partilha mútua de questionamentos, ideias, dúvidas, informações e apoio (Melo & Melo, 2022, p. 9). As atividades do NEPIS, sobretudo do AT tinham a dialogicidade, a criticidade e a práxis como pontos importantes para a execução de seu fazer.

O acompanhamento terapêutico pode ser visto, sobretudo, a partir de três óticas, em primeiro lugar como um dispositivo da reforma psiquiátrica que possibilita concretizá-la no âmbito dos serviços substitutivos; em segundo lugar, como um novo paradigma clínico que permite abordar o sujeito em um contexto vivo, no próprio território, ou em *settings* diferentes dos tradicionais consultórios; em terceiro lugar, como um importante dispositivo no contexto da formação universitária (Pitiá & Furegato, 2009).

Como um dispositivo da reforma psiquiátrica, o AT busca efetivar um de seus principais aspectos, qual seja uma atenção psicossocial de base territorial (César & Melo, 2018). O território aqui é compreendido como a rede de relações com a comunidade na qual os usuários estão inseridos. Nesse sentido, o AT investe em tecnologia leve, ou seja, na produção de vínculos por meio do acolhimento, e em tecnologias leve/dura,<sup>3</sup> com a estruturação dos saberes sobre a saúde mental e possibilidades de intervenção (Rossi & Lima, 2005). Tendo sempre a preocupação de levar em conta o aspecto interacional visando a autonomia, na construção de

---

<sup>3</sup> Podemos considerar como tecnologias leves atributos da relação humana do cuidado, onde o cuidador, em nosso caso, o AT tem possibilidades de estabelecer vínculos relacionais com o acompanhado de forma direta. Já as tecnologias leve-duras incorporam a relação os conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de alta tecnologia. Estes termos podem ser conferidos nos escritos de Merhy, principal autor de tecnologias leve, dura e leve-dura. Sugestão de leitura: Merhy, E. E. (2003). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.

laços e na reinserção do sujeito na vida pública. A clientela atendida pelo AT do NEPIS variou entre: usuários egressos de instituições longas permanência, usuários cuja mobilidade e inserção nos espaços públicos estava comprometida e usuários com dificuldade de aderência aos tratamentos oferecidos pelos serviços substitutivos.

Como estratégia clínica, o AT do NEPIS procurou romper com o isolamento da clínica feita em contextos tradicionais, no consultório; assim o AT se configura como uma clínica “a céu aberto” ou, como propõe Lancetti (2009), uma “clínica peripatética”. O AT, por este viés, consiste numa prática clínica construída peripateticamente nas e com as ruas da cidade, utilizando-se das passagens por elas como dispositivo clínico produtor de novos modos de subjetivação (Guattari & Rolnik, 1996). A postura dos Acompanhantes Terapêuticos tem como característica um enfoque duplo. Assim sendo, ora o olhar analítico percorre os aspectos psicológicos e subjetivos dos sujeitos, ora se volta para os elementos sociológicos do contexto econômico/político/social que constituem aquela pessoa.

Sendo assim, vislumbram-se três intuítos principais para o AT: primeiro, a atenção individual em que são trabalhados os conteúdos psíquicos dos sujeitos, tendo em vista seu bem-estar subjetivo; segundo, a mediação com o contexto da comunidade, que implica uma relação com familiares, vizinhança instituições, e a rede de saúde, visando à gestão compartilhada do cuidado a partir da promoção de saúde e da construção de espaços que possam potencializar os laços terapêuticos; e o terceiro objetivo abrange o que Paulo Amarante (2007) compreende como dimensão sociocultural no processo de construção da reforma psiquiátrica. Essa dimensão, que aponta para a necessidade de transformações das representações sociais da loucura, é efetivada na medida em que o trabalho de reinserção acontece na comunidade, na família e nos serviços.

Nesse sentido, o AT também se configura como um dispositivo clínico-político, na medida em que coloca em análise o processo da reforma psiquiátrica, pondo em questão o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura (Pitiá & Santos, 2005).

No contexto da formação ensino universitária, o AT também um importante dispositivo de formação, uma vez que ele possibilita que os alunos vivenciem alguns dos fatores considerados básicos para uma “formação de trabalhadores de novo tipo”, tais como priorizar a assistência extra-hospitalar e lançar-se na direção das ações extramuros (Melo, 2018). No AT, os estagiários têm a oportunidade de observar de perto o dia a dia dos usuários, acompanhando

sua permanência nas instituições, suas consultas e sua relação com a comunidade em geral. Trafegar por entre os espaços onde os usuários circulam favorece a troca com os profissionais da rede e viabiliza uma vivência no campo, possibilitando ao aluno entrar em contato com as situações concretas de trabalho, suas contradições, as dificuldades e a forma como são desenvolvidas as intervenções no cotidiano dos serviços de saúde mental e da rede pública de saúde (CRP MG & Melo, 2018). Essas situações convocam o estudante à reflexão, a buscar saídas possíveis para as dificuldades a partir dos diálogos estabelecidos entre a equipe, a universidade e os usuários atendidos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar em que medida o estágio em Acompanhamento Terapêutico do NEPIS/UFSJ é pautado pela práxis, isto é, se contribuiu com a formação crítica de Psicólogas (os) para atuação em saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar se os egressos do estágio em AT, do NEPIS da UFSJ, conseguem utilizar o aprendizado obtido durante sua formação.
- Identificar se os egressos do curso de psicologia percebem a existência do tripé ensino-pesquisa-extensão em sua formação.
- Verificar em que medida uma formação pautada pelo tripé ensino-pesquisa-extensão abarca a práxis.

## **4. METODOLOGIA**

Nestes próximos tópicos estão descritos os passos que foram seguidos para alcançar os resultados do estudo. Será detalhado aqui o tipo de pesquisa e a estratégia de coleta e análise dos dados. Para que se alcancem os objetivos desta pesquisa foram utilizadas diferentes possibilidades de encontro do pesquisador com o conteúdo proposto, para isso foi utilizado pesquisa qualitativa e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, como o objetivo de melhor abranger os objetivos anteriormente citados.

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Foi realizada a pesquisa qualitativa, pois nesta abordagem é possível adotar uma multiplicidade de métodos, com o intuito de melhor compreender tanto a profundidade dos fenômenos estudados, quanto aos sujeitos, comportamentos e percepções relacionados a ele. Buscou-se abordar questões como relações entre aprendizados diante do tripé Ensino-Pesquisa-Extensão e suas transformações para atuação dos profissionais de Psicologia no sistema de Saúde.

Conforme Chizzotti (2000):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (p.79)

Na abordagem qualitativa, possibilita que ao pesquisar as diferentes possibilidades do cuidado em saúde, condizentes com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, de modo a manter viva a luta antimanicomial pode construir pontes para uma ação dos profissionais de saúde em seus diferentes serviços que ofertam cuidado em saúde mental. Ou seja, pode possibilitar o conhecimento e reconhecimento da necessidade do diálogo do reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde. Trata-se da negociação respeitosa entre a

racionalidade médico-científica com outras racionalidades e conteúdos que foram banidos do espaço dos serviços, sejam aquelas inspiradas no senso comum, na tradição e no pensamento mágico – forças poderosas de organização simbólica e cotidiana da vida das pessoas. Portanto, seria a ampliação dos horizontes da ação de saúde (Deslandes & Gomes, 2004).

#### **4.2 Cenário do estudo**

Fez parte do cenário de estudo o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, sendo representado pelo Estágio de Acompanhamento Terapêutico do Núcleo de Estudos de Pesquisa e Intervenções em Saúde – NEPIS.

#### **4.3 Sujeitos do estudo**

O critério numérico não garante representatividade em uma pesquisa qualitativa. Segundo Gomes (1994) é importante que se responda uma importante pergunta: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (p. 43).

Segundo Chizzotti (2000), todos os que participam da pesquisa são reconhecidos como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Assim, reconhecendo a capacidade de produção de conhecimento a partir dos sujeitos, o objetivo será analisar os dados referentes às falas dos mesmos em profundidade, o que está de acordo com as propostas de uma pesquisa qualitativa.

Participou desta pesquisa os egressos do curso de Psicologia que passaram pelo estágio de Acompanhante Terapêutico vinculado ao NEPIS – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Saúde da UFSJ – Universidade Federal de São João del-Rei. Foram selecionados cinco egressos que estiveram no estágio em AT por mais de seis meses, entre os anos de 2014 e 2018. Diante da experiência com o AT no NEPS, percebe-se que seis meses é um bom tempo para que se construa vínculo entre o acompanhante e o acompanhado, além do tempo de construção de vínculo ser necessário para se fazer as intervenções necessárias a cada caso, também é importante para que se tenha formação para o trabalho em AT. Lembrando que a formação dos estagiários para a atuação se dava também por meio de grupo de estudos.

Além dos critérios previamente estabelecidos, citados anteriormente, utilizou-se o método bola de neve para chegar até os entrevistados. O método bola de neve é um método de



amostragem não probabilística que possibilita entrevistas sequenciais, utilizando cadeias de referências (Vinuto, 2014).

O pontapé inicial para as entrevistas por esse método é dado a partir de *informantes-chaves*, nomeados como *sementes*. Na pesquisa em questão a semente foi a pessoa que esteve por mais tempo no AT do NEPIS, e por indicações dadas por ela dela chegamos a outras pessoas com o perfil necessário para chegar ao objetivo. Após a realização da entrevista com a semente, ela indicou informantes-chaves, e dentre as indicações escolhemos o participante que ficou por mais tempo no estágio em AT, e assim se deu sucessivamente até as informações ficarem saturadas. Como se trata de um grupo relativamente pequeno, sendo 36 egressos no total, sendo que na época do AT um era estudante de educação física, seis de medicina e vinte nove estudantes de psicologia, e o objetivo era entrevistar apenas psicólogos (os) egressos do estágio em AT, foi possível ter esse olhar por tempo de permanência. Desse modo, foram entrevistados cinco profissionais de psicologia egressos do curso de psicologia da UFSJ que perpassaram pelo estágio em AT do NEPIS/UFSJ.

#### **4.4 Coletas de dados**

Como estratégia de coleta de dados foi utilizada entrevistas semiestruturadas, por ser uma das formas de se realizar um trabalho de campo. “O trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não somente uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento partindo da realidade presente no campo” (Minayo, 2002, p. 51).

Há diversas formas de se fazer o trabalho de campo, contudo, por serem importantes técnicas para se trabalhar na pesquisa, foi utilizado entrevistas por coletar dados qualitativos. Segundo Minayo (2002), a entrevista pode ser considerada uma conversa sobre um determinado tema científico com intuito de coletar informações sobre o mesmo, dados estes que podem ser objetivos e/ou subjetivos.

As entrevistas podem ser escritas ou verbalizadas, estruturadas (perguntas previamente estruturadas), não estruturadas (onde o informante aborda livremente o tema proposto) ou ainda semiestruturadas (articulando as modalidades anteriores) (Minayo, 2002). Nesta pesquisa foram utilizadas entrevistas individuais, verbalizadas, semiestruturadas, dando maiores possibilidades de o pesquisador buscar informações que julgar pertinente ao problema de pesquisa em questão, e possibilitando o entrevistado levar para as entrevistas informações que não foram previamente

pensadas ou perguntadas pelo pesquisador. As entrevistas foram realizadas na modalidade online, por estarmos em meio a Pandemia de Covid 19<sup>4</sup>, utilizando recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação, bem como a plataforma *Google Meet*, o que possibilitou um contato audiovisual e a gravação.

#### **4.5 Procedimentos para a entrevista**

Após a aprovação do projeto por parte do comitê de ética da UFSJ, os participantes foram contatados por E-mails, telefonema e/ou WhatsApp para consulta de interesse e agendamento das entrevistas. A participação se deu de forma espontânea e voluntária. Antes de qualquer procedimento, os voluntários foram informados sobre os objetivos e implicações da pesquisa, e foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no qual consta as informações e objetivos da pesquisa.

Diante do cenário em que vivenciamos no período das entrevistas – COVID 19 – não foi colocado como possibilidade entrevistas de modo presencial. Prezou-se por utilizar plataformas de reuniões virtuais disponíveis e acessíveis de modo a não comprometer a saúde dos participantes e não comprometer a execução da pesquisa. Desse modo, as entrevistas e os registros foram realizados utilizando o *google meet* e suas possibilidades de gravação, com esclarecimentos prévios sobre participação voluntária e sobre a possibilidade de encerramento do procedimento a qualquer momento, a pedido de qualquer uma das partes.

#### **4.6 Análise dos dados**

A análise dos dados envolveu as entrevistas (após suas transcrições) que foram analisadas segundo o método de Análise de Conteúdo que, segundo Triviños (1995), estuda a comunicação entre os homens, enfatizando o conteúdo das mensagens. Conforme Minayo (2007), a Análise de Conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Entre várias modalidades de Análise de Conteúdo, utilizamos, no presente estudo, a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

---

<sup>4</sup>De acordo com o Ministério da Saúde a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Maiores informações podem ser conferidas no site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>

comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A análise temática desdobrou-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2007).

A primeira etapa, a pré-análise, consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Segundo Minayo (2007) pode ser decomposta em: leitura flutuante do conjunto das comunicações, quando o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo; constituição do corpus, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e dos questionamentos iniciais.

A segunda etapa percorrida foi a análise temática descrita por Minayo (2007), que se refere à exploração do material. É a etapa de uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, buscou-se encontrar núcleos de sentido que foram expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas. Para isso articulamos os núcleos de sentidos aos conceitos (palavras chaves) extraídas de Paulo Freire (2011). Os conteúdos que se repetiram foram organizados em subtítulos a partir dos núcleos de sentido.

E assim, chegamos à etapa do tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Segundo Minayo (2007) é neste momento que os resultados brutos devem ser submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. “A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (Minayo, 2007, p. 318).

Faz-se necessário salientar que, apesar da descrição de Minayo (2007) mencionar tratamento estatístico para os dados, nossa proposta foi de priorizar o conteúdo das falas, o que não foi mensurado e sim interpretado. A autora admite que, apesar da técnica da análise de conteúdo ter suas raízes positivistas, há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investir em inferências estatísticas.

Essa etapa, tornou possível organizar a ordem das categorias, relacionando-as e buscando responder ao objetivo da pesquisa: Avaliar, a partir da perspectiva dos egressos do curso de Psicologia da UFSJ, em que medida a atuação no estágio em Acompanhamento Terapêutico, organizado pela equipe NEPIS – UFSJ, entre agosto de 2013 e dezembro de 2018, contribuiu na sua formação universitária.

Para Triviños (1995), a fase de interpretação referencial conta com a reflexão e intuição do pesquisador. Este deve estar atento para os conteúdos manifestos e latentes. Trazendo isso, a análise dos dados seguiu o pensamento da pesquisadora, ou seja, os dados foram interpretados com reflexão e sensibilidade para captar com profundidade a fala das psicólogas (os) entrevistadas (os).

Houve necessidade de muita sensibilidade para captar o conteúdo que não estava tão explícito nas falas para realizar uma ampla reflexão, de modo abranger o objetivo da análise de conteúdo que “[...] é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (Chizzotti, 2000, p. 98).

Sustentado pelo pensamento de Gomes (1994) que, no momento da análise final dos dados, deve-se procurar estabelecer articulações entre esses dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Desse modo buscou-se relação entre o concreto e o abstrato, entre o geral e o particular, entre a teoria e a prática.

A seguir, serão apresentados os resultados, bem como sua análise, que compõem a pesquisa, culminando assim na dissertação. Os materiais utilizados, bem como o roteiro de entrevistas, o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (TECLE) encontram-se anexo a este trabalho.

## 5. O AT COMO PRÁTICA EDUCATIVA

Neste capítulo analisaremos as falas das entrevistadas com o objetivo de avaliar em que medida o estágio em Acompanhamento Terapêutico é pautado pela práxis, isso é, se contribuiu com a formação crítica de Psicólogos (os) para atuação em saúde. É importante ressaltar que foram cinco entrevistados. Buscando resguardar suas identidades, nas citações todos foram identificados como pessoas do sexo feminino e utilizamos a palavra PSICÓLOGAS para referir aos profissionais de psicologia entrevistados. A escolha da palavra no feminino se deu por ser as Psicólogas, maioria na profissão. Além disso, foram numeradas de 1 a 5, de maneira aleatória, não necessariamente na ordem das entrevistas, em uma tentativa de que nem os entrevistados se identifiquem, sendo denominadas, portanto, como PSICÓLOGA 1, PSICÓLOGA 2, PSICÓLOGA 3, PSICÓLOGA 4 e PSICÓLOGA 5.

Como vimos nos capítulos anteriores, o estágio em AT surgiu a partir de um Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde/Redes. Ele, como o próprio nome já diz tem como proposta uma formação a partir da inserção no campo, nos serviços de saúde. Além disso o tripé ensino-pesquisa-extensão está proposto para que todas as unidades formativas assegurem nela sua formação. O tripé vai de encontro ao pensamento de Paulo Freire (1980), formação esta que deve ser pautada na práxis.

Para que o AT do NEPIS perpassasse por todos estes eixos, a formação dos estagiários deve ser pautada na dialogicidade, criticidade que culminará na práxis. Sendo assim, o AT pode ser considerado como prática educativa (Freire, 2011). Pitiá & Furegato (2009) nos dizem que o AT pode ser visto a partir de três óticas, sendo elas: dispositivo da reforma psiquiátrica; dispositivo clínico no território e/ou em settings diferentes dos tradicionais e como um dispositivo importante para a formação universitária.

O Acompanhamento Terapêutico tem sido muito estudado, porém os estudos em sua maioria se dão a partir do olhar para com o acompanhado. O foco deste trabalho é a formação do acompanhante, pois se ele de fato perpassa por todos estes eixos ele tem uma formação que o caracteriza como um trabalhador de novo tipo (Melo 2013, Cerqueira 1984).

As falas das entrevistadas indicam que os egressos do estágio em AT, hoje psicólogas tem não apenas a formação, mas a prática, de trabalhadores de novo tipo. Além disso é possível perceber que a prática educativa o exercício da dialogicidade, criticidade, a práxis e a corporificação da palavra foram evidenciadas. Por isso, utilizamos como categoria as quatro noções para melhor visualizar os conceitos de Freire (1980).

## 5.1 Dialogicidade

Uma das categorias de um projeto pedagógico crítico em Freire (2005) é o *diálogo/dialogicidade*. Para ele, o diálogo é a força que impulsiona o pensar crítico-problematizador, ou seja, a partir do diálogo torna-se possível olhar o mundo, a existência em sociedade como algo em construção, em processo, em constante transformação. Neste mesmo sentido se encontra a Reforma Psiquiátrica. Ela não é algo que está dado, é necessário que os profissionais da saúde mental sejam pessoas críticas, capazes de promover o cuidado em saúde mental fora do contexto hospitalocêntrico. Para isso os profissionais de saúde, sobretudo as Psicólogas devem ser capazes de fazer uma reflexão crítica sobre o cuidado ofertado em seu exercício profissional. O cuidado deve ser integral, pois são pessoas que precisam ser vistas a partir de questões jurídicas, epistemológicas e culturais (Brasil, 2005).

Atentos às entrevistas, percebemos uma correlação entre o que Freire diz sobre as condições do diálogo como processo dialético-problematizador e o processo de formação dos estagiários em AT, onde se mantinha a prática da dialogicidade para uma formação integral dos estagiários. Vejamos juntos como percebemos isso:

(PSICÓLOGA 1) A gente vai para o campo, a gente vai para o território, vai para as instituições. Indo para as instituições, a gente não esgota esse mergulho na literatura, a gente continua, nas supervisões, fazendo as leituras. A gente faz essas leituras muito pautadas no que a gente estava trazendo do campo. É articulada essa dimensão teoria e prática, muito articulada. E aí entra uma série de questões. A gente via, por exemplo, conflitos entre o que a gente via na literatura e o que a gente percebia das ações nos serviços, por exemplo, no que a gente ouvia e no que a gente via, e a gente levava isso para as supervisões e tensionava isso nas discussões com os orientadores. Essa relação teoria e prática estava muito presente e muito pautada nesses projetos.

Neste momento, é possível perceber que as supervisões eram pautadas no que se vivia na prática, nas leituras e aparatos teóricos que os estagiários já tinham e nas leituras propostas pelo grupo e isso causava problematizações. Podemos traduzir os tensionamentos, dito pela Psicóloga 1, por problematizações que eram discutidas pelo grupo, e não apenas pelo coordenador e orientadores do estágio.

(PSICÓLOGA 5) [...] chegávamos no AT, nas supervisões e contávamos o que a gente tinha experienciado, vivido no mundo lá fora, no encontro com os usuários, com a rede.

E aí desse encontro, eu lembro de falar com o coordenador de umas sensações, percepções que a gente vai para o mundo, vai para o estágio, para o encontro terapêutico, encontro com a rede e enche, fica lotado, entupido de afeto principalmente. Uma matéria prima, matéria bruta, e aí na supervisão tudo vai sendo lapidado, elaborado. A sensação é que quando terminava a supervisão abria um espaço dentro da gente que fazia com que a gente voltasse para as atividades, com capacidade de funcionar, fluir. Porque, se você está lotado de afeto sua escuta fica meio bagunçada, enviesada. Mas quando se abre espaço, acho que é justamente que é isso que acontece na supervisão [...].

O coordenador tinha uma abertura muito grande ao acolhimento, e isso possivelmente reverberava nos estagiários. Estavam sempre discutindo, tentando ver possibilidades, buscando e indicando textos para ser lidos em conjunto no momento do grupo de estudos e para leituras individuais.

(PSICÓLOGA 1) Era um pessoal que lia muito, buscava discutir os casos, buscava discutir os princípios. Mesmo em momentos em que a gente não estava em supervisão, às vezes eu e outros colegas estávamos discutindo os princípios teóricos e metodológicos do AT, os desafios e as possibilidades, porque a gente vivia muito aquilo. Não era um estágio em que a gente ia um dia na semana para acompanhar a pessoa e depois ia outro dia para a supervisão, e acabou. Não, a gente estava a todo momento refletindo, pensando, repensando aquilo, dialogando, indicando texto, compartilhando esses afetos. Então, eu acho que é esse compromisso. Essa responsabilidade e esse compromisso com a ética fizeram com que essa conduta terapêutica fosse a conduta terapêutica que tem que ser. Essa é uma característica muito marcante.

Segundo Paulo Freire (2011) “[...] uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora, ensaiam a experiência profunda de assumir-se” (p.42). Diante das falas das Psicólogas entrevistadas é possível perceber que elas se assumiam como acompanhantes, como colegas para se ajudarem e aprenderem juntas, cuidando e apoiando uma as outras sem descuidar dos acompanhamentos e seus objetivos.

(PSICÓLOGA 4) Também o contato com os meus colegas, isso é muito importante, para mim foi muito importante. As relações que foram construídas durante esse processo no estágio no AT me acompanham até hoje; são relações que, para mim, são terapêuticas,

inclusive. No AT, a gente tinha o contato com os nossos colegas de uma maneira muito íntima, porque a gente fazia as supervisões coletivas e acabava que temas de foro íntimo apareciam no meio das supervisões, porque a gente estava num contato muito próximo com os usuários e a maneira como isso afeta a gente é muito pessoal, muito subjetiva, então a gente acabava tendo que trazer essa afetação à tona, socializar isso. Eu acho que a gente acabava, ali no nosso mundinho, efetivando algumas das propostas da saúde mental, que é essa coisa de socializar o sofrimento psíquico, a gente tinha esses momentos. É isso, é o contato com a realidade dos serviços, é a perspectiva de trabalho em grupo, discussões de casos, construções de casos em coletivo, e esse contato com a realidade psíquica dos meus colegas, e deles com a minha.

O coordenador do estágio tinha sempre o cuidado de envolver a todos nas discussões de casos e/ou teoria. Desse modo suscitava dos acompanhantes, dos supervisores incluindo ele enquanto professor responsável, uma relação horizontal de ensino-aprendizagem, onde cada um contribuía com suas experiências de outros estágios, leituras feitas a partir das disciplinas e demais aprendizados oriundos de um contexto informal e informal. E isso vai ao encontro com o pensamento de Paulo Freire (2011), considerando que todas as pessoas são capazes de ensinar e aprender a partir de uma relação dialógica.

(PSICÓLOGA 3) [...]E o AT também é possível que ele aconteça articulado a diversas teorias, no meu ponto de vista, tanto que o nosso grupo era diverso [...] nós conseguimos dialogar, e isso é um desafio, é inevitável, é um desafio, porque é um exercício mesmo de escuta, de abertura, pessoas que trabalham com teorias diferentes, que tem visões de mundo diferentes, atender junto é muito rico, mas, ao mesmo tempo, exige da gente uma abertura sim para poder conversar, para poder pensar o caso, para poder pensar em intervenções e para se rever no processo. Pois muita coisa que a gente faz precisa conversar, para ver as consequências daquilo, para aceitar críticas, e conseguir também fazer críticas construtivas, aprender a fazer isso, aprender a dialogar, a ponto de ser construtivo ali para o processo, de renunciar a alguns posicionamentos também. Então, assim, tudo isso eu considero que foi de grande importância.

Não era exigido dos acompanhantes um aporte teórico com base na teoria X ou Y, por isso o grupo era muito diverso. Tinha ali Junguianos, Psicanalistas, Fenomenólogos, dentre outras possibilidades de aporte teórico. Talvez por isso os encontros eram tão ricos, pois cada



um com sua visão de homem e de mundo pensavam juntos estratégias e condutas para os cuidados da saúde mental, a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica.

É neste sentido também que a dialogicidade verdadeira, em que os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na diferença, sobretudo, no respeito a ela, é a forma de ser coerentemente exigida por seres que, inacabados, assumindo-se como tais, se tornam radicalmente éticos (Freire, 2011)

E de fato, o espaço de supervisão e atuação era sempre respeitoso, sempre aberto ao aprendizado teórico e entre os pares. A relação entre coordenadores, supervisores e estudantes era dado de maneira horizontal.

(PSICÓLOGA 1) Então tinha todas essas discussões também, de pensar a escola para além da escola, a escola no território, pensar numa perspectiva integral e integrada. De certa forma, na base das discussões, tinha algo ali que eu entendo que pode ser visto a partir de uma base comum de discussões sobre o sujeito, numa perspectiva mais ampliada.

Além de aportes teóricos diferentes, também passou pelo grupo de estudantes de outros cursos de graduação, também da UFSJ, como por exemplo: medicina e ciências biológicas.

(PSICÓLOGA 5) [...] eu lembro que quando eu atendi junto com a R.A, ela tinha uma pegada médica né, era estudante de medicina na época. Ela tinha por um posicionamento mais extrovertido e mais diretivo e eu tinha um posicionamento mais introvertido e menos diretivo então rolava uma certa compensação e às vezes até uns conflitos, de conduta assim que a gente conversava depois, era bem interessante, inclusive tinha esse caráter interdisciplinar. Mas com a CB por exemplo, a gente era do mesmo curso, mas, ela tinha uma pegada mais psicanalítica e eu da psicologia analítica, e a gente tinha muita troca. Se fosse outra pessoa não teria acontecido, porque as afetações que se produziram na relação do usuário com ela e depois de usuário comigo também criava uma dinâmica específica no atendimento. com a CS e aí eu lembro da gente é atendendo dentro da casa, e conversando, e aí aparece o pai, aparece a mãe, e a CS tem uma postura muito, boa assim, como terapeuta, uma postura muito firme, consegue direcionar bem assim e tal. Quando comecei os atendimentos com ela, eu estava muito mais antes no curso do que ela, então eu ficava observando a posição dela e tudo [...].

O processo de ensino-aprendizagem acontecia o tempo todo, desde o momento em que a dupla ou trio pensavam um horário juntos para irem até o acompanhado. Quando pensavam os encontros, durante o momento dos encontros e após a ele também, seja no momento de fazerem junto os diários de campo, seja para levarem de maneira organizada para o diálogo em supervisão. Havia posicionamentos e ideias convergentes e divergentes e isso fazia com que eles conversassem entre si, e entre os outros.

(PSICÓLOGA 5) [...] destaco as trocas com T.S. eu lembro de M.T. falando da errância, diferenciando o erro da errância. Foi um momento que eu estava meio insegura e tal, aí ele falou disso. Eu lembro até onde ele estava sentado na sala de supervisões, lembro como ele estava sentado, de como ele se posicionou, me olhou e falou e tal. [...] O ambiente de supervisão era sempre muito rico. Uma pessoa trazia um negócio, aí despertava outras coisas, e a gente ia pensando outras coisas e tal [...].

O processo de ensino-aprendizagem também é um lugar de afetos, segundo Freire (2011) “[...] ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo, com o mundo de luvas nas mãos constatando apenas” (p.75). No grupo de supervisão os estagiários não estavam ali para estudar apenas, mas com o compromisso de modificar a realidade, e a partir do comprometimento pode ser gerado o afeto, a possibilidade de absorção da aprendizagem é mais fácil.

Por outro lado, uma das questões em que as entrevistadas trouxeram foi a dificuldade de diálogo com os profissionais da rede de saúde da cidade em que o AT do NEPIS estava inserido.

(PSICÓLOGA 3) [...] Percebo que nesse processo todo coisas que dificultavam muito eram especialmente situações em que a gente precisava de uma melhor articulação da rede, quando a gente se deparava com algum entrave, que a gente precisava de uma discussão, de uma compreensão sobre o caso, uma discussão do caso com profissionais da rede, que a gente precisava acionar outros serviços precisávamos entrar mais ali nessa dinâmica de rede mesmo, eu percebo que a gente tinha alguns entraves. Muito por questões de visões de mundo diferentes, formações diferentes, enfim, isso até acho que é uma das suas questões com relação à formação. Eu percebo que isso é um ponto muito delicado assim, de como, às vezes, de como é importante uma formação antimanicomial. Esse era um dos maiores entraves que eu percebi, especialmente no AT, que era onde a

gente circulava mais pelos serviços, era onde a gente precisava acionar profissionais com mais frequência, e discutir caso, e tentar ver a rede mesmo funcionando. Dava para perceber nitidamente todo o estigma com alguns usuários da saúde mental, e todas as questões envolvidas, que estão muito mais relacionadas a nós profissionais, a nossa visão e o nosso manicômio mental<sup>5</sup>, na forma de atuar, do que nas possibilidades, porque as possibilidades muitas vezes é a gente que constrói ali no dia a dia de trabalho, então percebo que isso foi difícil, mas, ao mesmo tempo, que esses entraves me ajudaram a ampliar bastante a visão assim, de possibilidade de trabalho.

De acordo com Freire (2005), construir novos saberes a partir de uma situação dialógica é um desafio. Provocar a interação e a partilha de mundos diferentes, mas que comungam do mesmo desejo é desafiador (Freire, 2005), mas ainda assim é mais tranquilo, como era com os acompanhantes que tinham visões teóricas diferentes. Porém trazer a equipe dos serviços de saúde para dialogar sobre os casos dos usuários do serviço de saúde mental era muito mais delicado, pois muitos deles além de não estarem abertos ao diálogo, uma boa parte não tinha uma formação pautada na visão antimanicomial.

Mesmo com dificuldades a coordenação, supervisores com os estagiários tentaram uma aproximação em muitos momentos, de várias formas.

(PSICÓLOGA 3) Então, é uma dificuldade que eu percebo, assim, de diálogo mesmo, às vezes para tentar construir o trabalho. Então várias coisas foram feitas na época, ao longo desses anos todos, para tentar construir outras possibilidades, mas o que eu percebo como principal ali foram os espaços de supervisão, espaços que a gente construiu ali para dialogar com os profissionais da rede, e sempre em diálogo com os usuários, claro, especialmente a partir da necessidade de cada usuário a gente tentava ali, tanto rever nossa prática e pensar aquilo a partir do que é questão para o usuário, mas para isso a gente precisava de estudo, supervisão, e de diálogo com os profissionais responsáveis também, não dá para separar nenhuma dessas coisas, assim, no meu ponto de vista.

---

<sup>5</sup> “Manicômio Mental” é um termo muito utilizado por Peter Pál Pelbalt ao se referir a racionalidade manicomial, para ele o manicômio não está inscrito apenas de maneira concreta em muros e grades, mas também de maneira subjetiva, o que compromete, entre outras questões, posturas, ações e cuidado condizente as com orientações da Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial. O que pode ser conferido no texto: PELBALRT, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. Saúde Loucura. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. p. 129-138.

Como dizia Paulo Freire (2005), sem escuta não há diálogo, há monólogo. E o que mais se fazia era escutar todas as partes, para depois tentarem uma troca, e até uma intervenção.

(PSICÓLOGA 2) [...] encontros, trocas, para a gente tentar entender um pouco essa dimensão. Foram feitos encontros em que a gente recebia os trabalhadores na universidade, que eles falavam disso, e a gente, na medida do possível, acolhia essas falas. Acho que a gente conseguia, de certa forma, acolher essas falas, mas eu não sei se a gente conseguia na dimensão como elas eram trazidas, justamente porque existia esse distanciamento.

Apesar de a equipe de AT não concordar com a maioria das considerações colocadas pelos profissionais acerca do cuidado, era necessário respeitar. “Aceitar e respeitar a diferença é uma dessas virtudes sem o que a escuta não se pode dar” (Freire, 2011).

(PSICÓLOGA 5) [...] acho que é o caso, pois quando a gente pensa em educação permanente a gente pensa em Paulo Freire com o diálogo, e essa capacidade de troca e de construção coletiva do conhecimento. [...] E assim a abertura de cada um em produzir em acolher a transmissão de conseguir a aprender a partir da transmissão do outro, e conseguir transmitir. Uma relação de ensino e aprendizado [...]

## 5.2 Criticidade

Partindo do conceito de Criticidade elucidada por Paulo Freire (2011), sendo ela a capacidade do educando e do educador promover a reflexão crítica da realidade, no caso do lugar em que se promove a formação a qual estão inseridos como uma *inclinação ao desvelamento de algo* (p.33), para que seja possível conhecer, intervir, a fim de transformá-la. As diretrizes para formação do Psicólogos (os) orientam as unidades formativas para que promovam possibilidades, aos quais os egressos do curso de formação superior em psicologia devem ser capazes de lançar um olhar integral para com aqueles que perpassam seu fazer profissional. Neste sentido, torna-se necessário o favorecimento de uma formação crítica ao longo de sua trajetória enquanto estudante de psicologia, desenvolvendo assim profissionais capazes de ter um olhar atento a realidade cultural, histórica e social de cada pessoa, colocando em prática as orientações da reforma psiquiátrica.

Estando atento as falas trazidas, pelos egressos do estágio em AT, nas entrevistas, é possível perceber que o AT promovia uma formação crítica. Vejamos juntos:

(PSICÓLOGA 1) No AT comecei a entender que a Psicologia é muito mais do que olhar para a subjetividade da pessoa, é muito mais que isso. É olhar para essa subjetividade, mas para essa subjetividade conectada com a realidade, conectada com o território, conectada com uma série de atores que compõem a realidade daquela pessoa que está ali. Quando a gente ia para o território e se conectava com as pessoas, mas não só com as pessoas, com a família dessas pessoas, com a realidade em que eles estavam, eu sentia muito esse aprendizado do que era a Psicologia, e lembro de relatar aos meus colegas “agora eu acho que eu estou entendendo o que é a Psicologia e como eu posso atuar como psicóloga de forma potente”.

Em outros momentos esta mesma psicóloga e os demais entrevistados relatam tal constatação. A seguir encontra mais alguns trechos para nos ajudar a visualizar tal formação.

(PSICÓLOGA 4) Não tínhamos um olhar centrado somente na psicopatologia do paciente, do caso em que a gente estava atuando. A gente tinha um olhar excêntrico, um olhar que buscava alcançar o usuário com sujeito de direitos, como pessoa na cidade, como alguém que tem os seus interesses, seus desejos e vontades próprias, para além de ser uma pessoa comandada pela patologia que estivesse com ele. É esse olhar excêntrico, no sentido de um olhar que não centraliza num olhar patologizante.

(PSICÓLOGA 1) [...] reconhecer esses sujeitos enquanto sujeitos, não só enquanto pessoas que têm demandas de cuidado no campo da saúde mental, mas pessoas que têm demandas múltiplas, demandas diversas, que vão ser do campo da saúde, também, não só da saúde mental, mas da saúde geral, da saúde física, e demandas outras. Demandas que têm a ver com acesso a direitos, demandas que têm a ver com vínculos familiares que podem estar fragilizados e que precisam ser potencializados, demandas no que diz respeito a acesso a benefícios, demandas diversas.

A criticidade era desenvolvida a partir de diversas atividades e vivências que os estagiários tinham no decorrer de sua graduação, seja a partir dos aprendizados teóricos dentro de sala de aula, palestras congressos e cursos dentro e fora do contexto formal da universidade, as experiências de vida em seus locais de moradia, além dos momentos de estudo junto ao grupo de estágio em AT. Todos esses aprendizados eram levados, partilhados, na supervisão que acontecia de modo horizontal sendo pautada pela dialogicidade. Isso pode ser verificado em uma

frase anteriormente elucidada no tópico dialogicidade:

(PSICÓLOGA 1) Não era um estágio em que a gente ia um dia na semana para acompanhar a pessoa e depois ia outro dia para a supervisão, e acabou. Não, a gente estava a todo momento refletindo, pensando, repensando aquilo, dialogando, indicando texto compartilhando afetos. Então acho que é esse compromisso. Essa responsabilidade e esse compromisso com a ética fizeram com que essa conduta terapêutica que tem que ser.

As entrevistadas relatam de formas diferentes quanto a visão biopsicossocial teve tamanha importância para os ATs, e que não era simplesmente jogado ali, mas que os estagiários debruçavam sobre as necessidades de cada acompanhado, o território a qual ele estava inserido, buscando aparatos científicos, auxílio dos supervisores e demais colegas de AT para encontrar caminhos para as intervenções e os afetos que surgiam a partir dos acompanhamentos.

Diante da experiência atual no serviço público ao qual ele integra atualmente, PSICÓLOGA 4 diz que:

(PSICÓLOGA 4) A gente tem situações muito complexas para resolver na atenção básica: pacientes oncológicos com agravo na saúde mental; pacientes com neuropatias, que podem ser confundidas com questões de saúde mental, pacientes com vulnerabilidades social e que demandam ações integradas entre os sistemas de saúde e a assistência social, que demandam ações intersetoriais, que demandam ações clínicas e de saúde mental. Então é importante a gente ter essa visão da unidade biopsicossocial, porque se não a gente não tem muita clareza do que está acontecendo e do que precisa ser feito.

Assim podemos entender que a passagem pelo AT foi fundamental para que se consiga pensar e agir criticamente a partir de cada caso, de cada pessoa a qual ele acompanha no serviço de saúde. O objetivo era pensar em possibilidades de garantir o cuidado no que se refere a saúde mental, mas sempre levando em conta a pessoa com um ser biopsicossocial, e que em muitas das vezes era necessário também os ajudar a organizar e cuidar de outras esferas da vida e saúde.

(PSICÓLOGA 1) O olhar que eu tenho para o sujeito hoje, mesmo que eu esteja atendendo-o individualmente na clínica individual, o olhar que eu tenho para esse sujeito, para essa pessoa, sempre vai ser um olhar bem mais ampliado. Se eu tiver, por exemplo, a possibilidade de fazer articulação com algum dispositivo da rede para essa

pessoa, eu vou fazer.

Ao ouvir a palavra criticidade, podemos entender como curiosidade, e como diz Paulo Freire (2011) a curiosidade de um acadêmico pode ser a mesma de um fazendeiro no que se refere a conhecer o mundo, porém o que distingue as duas curiosidades é que os acadêmicos superam o senso comum ao incluir métodos mais críticos na sua curiosidade, no caso dos ATs o aparato das teorias e do olhar ético e cuidadoso da profissão.

(PSICÓLOGA 1) A forma como você atua é tão imprevisível que você tem que estar muito fundamentado, muito amparado, para poder conseguir atuar e para poder mediar as situações que acontecem, a clínica que atravessa o AT. Como você lida com isso? Não tem uma resposta muito pronta. Você vai para campo, vai com as suas bases, com as bases teóricas e conceituais, com os seus fundamentos, com a sua ética profissional, que também tem que estar muito bem fundamentada, e você vai lidar com essa imprevisibilidade. É em meio a essa imprevisibilidade que você cria. Você cria estratégias, você cria intervenções. É claro que esse criar é criar baseado numa fundamentação.

Em outro momento da entrevista, a mesma Psicóloga cita:

(PSICÓLOGA 1) durante o AT também, porque a gente tem que se reinventar, tem que repensar. Não existe nada de previsibilidade no AT, então como você lida com algo que é imprevisto no cotidiano e tão presente no fazer do AT? Isso também te coloca, enquanto um profissional, como um profissional muito atento ao que está fazendo, muito bem fundamentado. A gente tem que estar bem mais fundamentado teoricamente para a gente atuar.

E estando bem fundamentado teoricamente como diz a PSICÓLOGA 1, atuando de maneira ética como demanda a profissão, com o olhar integral, sempre atento ao contexto biopsicossocial, o cuidado ofertado ao acompanhado também provoca mudanças na sociedade, podendo assim possibilitar maiores trocas sociais no território daquela pessoa. Além do que ao atuar no território as intervenções podem ser, diretamente ou indiretamente, para outros atores que ali se encontra, como veremos nos trechos a seguir.

(PSICÓLOGA 1) Como a gente está lidando com um indivíduo conectado, a gente também está produzindo ação e intervenção nesse território, nessa comunidade, nessa família, mesmo que indiretamente. Então, eu acho, sem dúvida nenhuma, sinto que o

AT tem essa potência do aprendizado, essa potência do cuidado em saúde, a potência dessa representação social da pessoa que está na comunidade.

Os entrevistados também relataram que uma movimentação diferente da vida dos acompanhados fazia com que a sociedade se movimentasse também.

(PSICÓLOGA 1) Quando essa pessoa é uma pessoa que é desdenhada, é uma pessoa de que a comunidade tem medo, quando ela começa a ser acompanhada por outras pessoas, o público fica: por que essas pessoas estão os acompanhando? Por que estão saindo com eles? Quem são eles? São estudantes? Por que estão vindo aqui? Será que eles não têm medo?". Esse tipo de impacto parece ser pequeno, mas não é, isso é também impactar a percepção que as pessoas têm dos usuários do serviço. Você coloca a pergunta na cabeça da comunidade também e você possibilita e potencializa ali uma reflexão sobre algo que aquela comunidade não estava pensando, não pensava sobre aquela pessoa. Aquela pessoa era uma pessoa doente, perigosa e tinha que ficar trancada ali. De repente, aparece um grupo de pessoas indo à casa dessa pessoa, essa pessoa começa a sair, começa a se vestir diferente, começa a fazer coisas diferentes, então você coloca a questão para a comunidade: "está acontecendo alguma coisa ali, o que é? Quem é essa pessoa? Por que essa pessoa está sendo acompanhada?", "essa pessoa toca música? Eu não sabia", "essa pessoa pinta?", "essa pessoa sai, vai para baile, joga bola?". Então, tem essa potência desse reflexo na comunidade também.

Deste modo os atores do território do acompanhado também passam a exercer a criticidade, a curiosidade epistemológica (Freire, 2011). Curiosidade epistemológica é traduzida por ele como o ato de conhecer e para este conhecimento é necessário se efetivar uma postura crítica, ligada ao ato de estudar (Freire, 2013). Os egressos do AT precisavam estar atentos a essa criticidade desde os primeiros momentos de sua inserção as atividades de acompanhamento.

Nos trechos a seguir poderemos ver um exemplo de uma situação a qual uma dupla de acompanhantes se depara com uma situação que se não houvesse criticidade o processo de acompanhamento teria seguido outros rumos.

(PSICÓLOGA 3) [...] e a gente estava andando, na época, eu e minha dupla, com um dos usuários que a gente atendia, e teve uma pessoa que conhecia ele, e que cutucou a gente, à medida que ele andava um pouquinho, uns passos à frente da gente, a gente



estava junto conversando, essa pessoa da rua cutucou e disse: Olha, esse “cara” é doido. Sai de perto dele, o que vocês estão fazendo? Sai de perto. Então foi uma situação extremamente desconfortável para nós, extremamente desconfortável, e que contribuiu muito para a gente também ampliar esse olhar e perceber o lugar do AT, e perceber a importância de a gente estar atento para isso, que é justamente a questão do direito à cidade<sup>6</sup>, como essas pessoas, é tirado dessas pessoas o direito à cidade, porque são pessoas que quando ocupam a cidade, quando são vistas com outras pessoas que não tenham ou não carregam esse estigma, vamos colocar aí, isso fica muito explícito, assim, com olhares. E nessa vez eu acho que foi o momento que mais chocou, que foi uma intervenção mesmo, de outra pessoa, de vir até nós e falar para a gente sair de perto porque era uma pessoa louca. Então na hora a gente ficou desconsertado, foi complicado, a pessoa que a gente estava acompanhando não escutou, e a gente precisou lidar com isso depois conversando e pensando essa prática, a importância dessa prática, e a importância de estar ali sim ocupando os espaços, e de olhar para essas pessoas de uma outra forma. Porque o nosso próprio olhar, muitas vezes, inibe os usuários.

As pessoas que precisam utilizar o serviço de saúde mental são muito estigmatizadas, principalmente na cidade em que o AT do NEPIS estava inserido. É uma cidade que se encontra ao lado da primeira cidade de Minas Gerais a receber um manicômio, e talvez por isso, ainda atualmente a sociedade e muitos profissionais da saúde ainda têm o pensamento manicomial latente. E a psicóloga entrevistado salienta sobre o relato acima:

(PSICÓLOGA 3) Então, enfim, eu acho que esse acompanhamento ajudou a gente a perceber muito do que é nosso também, desse manicômio mental do que a gente reproduz e da importância de ir despindo disso para conseguir fazer um bom trabalho.

Ou seja, a além de estudantes de psicologia também são pessoas que possivelmente poderiam dar continuidade ao estigma social ao qual os usuários do serviço de saúde mental têm, diante toda a história percorrida deste setor da saúde. O olhar e fazer crítico ao qual foi aprendido no AT, fizeram com que se despissem deste estigma e entenderem o que estava acontecendo ali.

Essa mesma psicóloga relata uma experiência a qual tenha vivenciado ao acompanhar

---

<sup>6</sup> Direito a Cidade é um termo utilizado por Henry Lefebvre, que inclusive tornou-se título de um de seus livros. O livro intitulado O direito a cidade busca a problematizar questões da cidade, do território. Deixo aqui a referência do livro, como sugestão de leitura: Lefebvre, Henri. (2001). O Direito à Cidade. São Paulo: Centauro.

uma outra pessoa assistida pelo estágio em uma consulta médica.

(PSICÓLOGA 3) Uma outra situação também que foi muito complicada, mas que me ajudou muito a perceber a complexidade disso tudo, foi acompanhar um usuário que eu atendia, em um atendimento com um psiquiatra. E o usuário que eu atendia falava que queria muito ter uma companheira, e falou sobre isso com o psiquiatra, e o psiquiatra falou com essas palavras, foi um dos primeiros atendimentos também, já cheguei sentindo o impacto ali do negócio, o psiquiatra foi extremamente violento, falou com ele para ele esquecer que ele tinha “pau” e fingir que ele era um anjo. Era um usuário que já tinha um histórico de prisão, tinha cometido um crime, e aí o psiquiatra vem com essa fala de controle extremamente violenta, negando qualquer possibilidade de manifestação da sexualidade desse usuário.

Neste caso, podemos perceber que alguns membros do corpo clínico de saúde mental têm inculcido o pensamento manicomial, negam os direitos de todos aqueles que precisam utilizar os serviços de saúde. Desse modo torna perceptível o pensamento de que uma pessoa que precisa utilizar o serviço de atenção psicossocial não é uma pessoa com sentimentos, com história de vida, enfim, é apenas um “louco”. Segundo o pensamento destes profissionais eles não poderiam viver o que as demais pessoas que não necessitam deste cuidado psicossocial, tais como: namorar, casar, engravidar, sair com amigos, enfim, ser pessoa humana.

(PSICÓLOGA 2) A gente acompanhava usuários que eram tabus na cidade, figuras rodeadas de mitos, com várias histórias, e a gente se permitia aproximar desses sujeitos, se afetar e afetar esses sujeitos, e a gente descobria potências dentro daquele contexto, daquele sujeito.

Ao descobrir as potências dos acompanhados, os acompanhantes iam adquirindo possibilidades de intervenção na realidade de cada sujeito acompanhado. E acredito, que por isso, a maioria dos acompanhados teve uma mudança significativa em sua saúde mental. Ao serem reconhecidos como “pessoas comuns”, ter a possibilidade de trocas sociais a partir do acompanhamento modificou a vida deles.

(PSICÓLOGA 4) Por exemplo, quando eu comecei a atender o cara que atendi por quatro anos, usuário do CAPS, ele tinha mais de cem internações na conta dele, ele tinha 54 anos e mais de cem internações ao longo, desde os 17 anos até os 54, trinta e poucos anos de trajetórias e mais de cem internações. Uma média de 3 internações por ano. Ele

ficava tipo 3 meses na FHEMIG e 3 meses me casa, 3 meses na FHEMIG e três meses em casa, era esse movimento. Ele ficava muito tempo lá e sempre voltava para lá, e tinha toda uma questão, tipo, não se fazia nada, por esse cara, assim de efetivo, tinha umas tentativas aqui, ali, mas nada de efetivo. Ai quando começou o AT, uma coisa tão simples, que é acompanhar, acolher e tal, o cara simplesmente parou de internar, porque tinha uma ancora afetiva ali. Alguém para trocar ideia, só isso, alguém para conversar, ouvir a pessoa. Tinha uma abertura mínima para poder ouvir. Aí o cara parou de internar. Em 4 anos ele internou uma vez e ficou 15 dias. Então é isso. O AT é uma coisa bem simples, e ao mesmo tempo exige uma imposição das pessoas, dos ATs que é bem complexa, que exige uma abertura, que exige uma contraposição a toda uma história da psiquiatria, que coloca os loucos de uma maneira distante. Que coloca os loucos de uma maneira distante, coloca os loucos como um perigo, e aí no caso você via que não tinha nada disso. Mas aí quando o aluno, quando o jovem estudante mal conhece dessas coisas, vai com menos preconceito, e a facilita.

Apesar de os acompanhados estarem sendo assistidos por um dos serviços substitutivos, os trabalhadores em sua maioria não conseguiam ter um olhar crítico para eles. É possível que seja pela alta demanda de serviço, pelo baixo número de servidores, o baixo investimento em formação continuada, ausência de supervisão institucional, entre outras possibilidades, ou talvez também pelo olhar a partir do pensamento manicomial. A Psicóloga 2 fala um pouco destas questões, vejamos:

(PSICÓLOGA 2) No AT a gente tinha uma inserção nos serviços, que, por mais que fosse uma inserção limitada, era uma inserção, ela era significativa dentro do contexto possível. O AT extrapolou tantas coisas que eu acho que ele extrapolou a inserção. Eu acho que, pelo olhar crítico, tanto eu quanto os meus colegas, uma das coisas que a gente identificou era o quanto a instituição muitas vezes restringia a manifestação da subjetividade, a manifestação do sujeito e da sua questão de saúde. Eu acho que a crítica é muito nesse sentido. A instituição, por mais que seja uma instituição, entre aspas, substitutiva, por mais que seja uma instituição, entre aspas, nova, o quanto que ainda a gente tem o efeito e o impacto de práticas, entre aspas, ultrapassadas, que a gente sabe, infelizmente, que é entre aspas mesmo, porque a gente fala de superar o manicômio, de superar a instituição, mas a gente ainda está em reforma, estamos em obra. A reforma psiquiátrica não acabou, a gente está em obra. Eu acho que dimensionou isso, essa

crítica aos modelos de instituição que a gente está se propondo a substituir, mas que muitas vezes a gente ainda reproduz.

Se os serviços substitutivos restringiam a manifestação da subjetividade dos assistidos, como dita por Psicóloga 2, não era possível colocar em prática a clínica ampliada. Para que ela aconteça faz-se necessário valorizar a escuta do sujeito, a partir dela o diálogo com os demais profissionais e juntos, usuário do serviço + equipe clínica, buscando assim as possibilidades de diagnóstico e de tratamento. A clínica ampliada depende do olhar e cuidado integral, se não existe o olhar integral, não existe a clínica ampliada e conseqüentemente não há um cuidado no qual a reforma psiquiátrica coloca como necessário (Campos et al., 2014).

A partir das entrevistas é possível identificar que os estagiários colocavam em prática de maneira direta e indireta a clínica ampliada.

(PSICÓLOGA 3) [...] penso o AT enquanto uma possibilidade de clínica ampliada, e esse olhar para o sujeito biopsicossocial, justamente compreendendo a complexidade do sujeito, justamente compreendendo ali, um pouco buscando, na verdade, ter esse olhar mais ampliado, ter a noção de saúde mais ampliado, vendo ali essas dimensões da integralidade sim, e vendo possibilidades de atuação. Enfim, não é que a clínica ampliada seja o AT, mas que o AT é uma possibilidade de clínica ampliada, então sem dúvida.

Diante de um outro relato podemos perceber que os estagiários não se contentavam com as informações obtidas pelo serviço que os acompanhados estavam diretamente ligados para o cuidado em saúde mental. Para que tivesse um olhar integral e ampliado além de acompanhar a pessoa em suas diversas possibilidades de estar e ser, as visitas e conversas com profissionais de outros serviços aos quais o acompanhado era referenciado foram constantes.

(PSICÓLOGA 4) durante o AT, eu aprendi para caralho, por ter um contato com a rede de saúde. Eu conheci o NASF, eu fui aos PSFs, onde os meus pacientes eram referenciados, pude conversar com essa rede além do CAPS.

Tais andanças pelos serviços de referência do acompanhado além de possibilitar o conhecimento dos serviços, os profissionais da RAPS, bem com suas atuações ali, também possibilitou o reconhecimento de alguns entraves para o cuidado. Como por exemplo:

(PSICÓLOGA 4) [...] a falta de uma articulação entre os serviços. Isso dificulta bastante. A falta de informação que a gente tem, que a gente não encontra, os fluxos

inexistentes na rede de saúde. Infelizmente, era para se ter uma articulação melhor entre os serviços, por ser cidade pequena poderia ser mais bem organizada. É estranho, porque é uma cidade que tem uma universidade, tem recurso humano para isso, haveria de ter, mas não é essa a realidade, e não é a realidade de uma porção enorme das cidades onde existem esses serviços. Mas essa foi a minha maior dificuldade, eu não encontrava informação. As informações que eu encontrava a respeito dos usuários muitas vezes estavam limitadas a descrição de sinais e sintomas. Essas informações não traziam muito da vivência particular daquele sujeito, do seu território, da sua comunidade. Quando eu fui trocar ideia com alguns profissionais, eu também encontrei esse olhar muito patologizante. Então, para além de uma informação que era pouco acessível, eu também encontrava informações de baixa qualidade, existia uma dificuldade quantitativa e qualitativa no meu encontro com a rede, no que se refere às informações que eu tinha. Era pouca informação e a informação que eu tinha era pobre. E essa dificuldade de comunicação com os serviços, com a família, do serviço com a família, eu notei muito isso.

Outros relatos como este também foram observados. A Psicóloga 2 ainda acrescenta uma observação crítica que é importante ser levada em conta:

(PSICÓLOGA 2) enquanto processo de formação ali na universidade, a gente vai com toda a carga teórica, das leituras que a gente faz, das discussões, e a gente chega em serviços que estão sucateados, que estão subfinanciados, que muitas vezes não têm uma equipe mínima de trabalho, que não têm as condições básicas de um trabalho. E eu acho que, enquanto processo de formação, a gente não tem a dimensão disso, dessa problemática dentro do contexto dos serviços. A gente chegava muitas vezes e tentava perceber aquele contexto muito com o olhar teórico, que é o que a gente tinha. Então, muitas vezes produzia críticas, que são importantes, mas críticas que, ao mesmo tempo, eram distanciadas, porque a gente não tinha a vivência desse outro contexto. Acho que foi, talvez, onde a gente pecava um pouco, nessa relação enquanto estagiário, enquanto universidade, porque a gente muitas vezes não tem essa dimensão do quanto é delicado para quem está ali conseguir fazer algumas coisas, porque não tem recurso para isso, porque não tem formação para isso, porque não tem capacitação, não tem preparo. Eu acho que, naquela época, talvez, isso não fosse uma dificuldade tão clara, mas hoje, pensando naquele processo, acho que era uma dificuldade nossa, era uma fragilidade

nossa, e eu acredito que talvez ainda vá continuar sendo um pouco, porque o lugar que a gente ocupa é diferente. Enquanto estudante, enquanto universitário, a gente está numa relação diferente com o serviço, do que quem está ali dentro.

Além de todas as questões anteriormente mencionadas também tem um outro agravante, que é a relação do médico com os demais membros da equipe, corpo clínico não médico e as vezes até mesmo entre outros médicos de mesma atuação no mesmo serviço. Podemos observar isso a partir da seguinte colocação:

(PSICÓLOGA 5) A resistência dos profissionais era uma coisa que dificultava o trabalho, e tinha questão estrutural que tinha esse poder. Entre a equipe e nós estagiários, e entre eles e os médicos. Pois os médicos só prescrevem de maneira geral e não participam das reuniões de equipe com exceções. Principalmente se for um médico mais velho, aí que não participam mesmo das rodas de reuniões de equipe.

Ter uma visão crítica sobre os serviços, e do próprio olhar, da atuação dos estagiários do AT, possibilitou tentar alternativas para superar estes entraves. Parafraseando Paulo Freire (2013), foi a capacidade do olhar curioso e indagador dos estagiários em AT que possibilitou o agir sobre a realidade a fim de transformá-la. A curiosidade dos estagiários em AT se tornou uma crítica epistemológica. Desse modo, a criticidade, no percurso formativo do AT do NEPIS, era promovida por meio da dialogicidade de modo a fomentar críticas para a transformação da formação de futuras psicólogas, ou seja, a formação era dada de modo ativo e com a participação horizontal de todos os envolvidos.

Assim, podemos observar os relatos sobre algumas intervenções realizadas, trazemos uma fala que também foi utilizada no tópico dialogicidade para exemplificar:

(PSICÓLOGA 2) encontros, trocas, para a gente tentar entender um pouco essa dimensão. Foram feitos encontros em que a gente recebia os trabalhadores na universidade, que eles falavam disso, e a gente, na medida do possível, acolhia essas falas. Acho que a gente conseguia, de certa forma, acolher essas falas.

(PSICÓLOGA 4) o que eu fiz naquele momento e o que eu ainda tento fazer hoje é tentar abrir esses canais de comunicação, porque o que a gente encontra são fluxos inexistentes, canais de comunicação fechados. Eu acho que esse é o grau zero da atuação dentro do sistema público de saúde, é a gente batalhar para existir uma rede arejada, uma rede onde as informações circulem, mas isso é muito difícil.

A busca por informações para agregar o estudo de caso dos acompanhados para assim realizar as intervenções, o olhar integral para com o acompanhado e ainda acolher as demandas e necessidade das equipes dos serviços e as intervenções realizadas junto a elas, são também indícios de uma clínica ampliada exercida pelos estagiários em AT.

Nas andanças, o AT lida com demandas inesperadas e exige muito uma visão crítica acerca de tudo o que circunda a vivência do acompanhado, neste sentido a Psicóloga 3 salienta:

(PSICÓLOGA 3) esse inesperado do AT é muito interessante, instiga, e ao mesmo tempo exige de nós uma abertura para estar ali nessa situação, para o encontro mesmo. E essa abertura está em vários sentidos, tanto para estar ali, de fato, com o usuário, de estar nesses espaços, de estar na cidade, ocupando a cidade com esses usuários, até estar ali em diálogo com os profissionais, mas também com a dupla, ou o trio, ou os outros estagiários que estavam ali com a gente.

Ter abertura ao diálogo crítico pode ser algo delicado, mas diante dos relatos anteriormente citados, e a partir do que conversamos no tópico da dialogicidade, podemos perceber que isso acontecia no AT. As análises e reflexões críticas sobre as atuações e intervenções tendo sempre como meta a prática antimanicomial. Neste sentido a Psicóloga 3 salienta:

(PSICÓLOGA 3) Os deslocamentos que o AT proporciona, na gente enquanto estagiário, enquanto profissional, ele permite uma reflexão maior da nossa parte, permite inclusive que a gente perceba intervenções que a gente faz que tem esse cunho manicomial, porque a gente faz isso às vezes, inevitavelmente, o que é horrível, mas que a gente precisa estar atento para isso, a gente precisa reconhecer que a gente faz isso e que a gente já fez, e é justamente esse movimento de pensar essa prática que permite um olhar crítico para nossa atuação, acredito. Então justamente o fato de sair de uma salinha, de sair de um consultório e de um caminhar que permite um olhar diferenciado, que contribui para ampliar esse olhar, e para perceber as nossas práticas e intervenções que têm aí esse cunho do controle, vamos falar assim.

Paulo Freire (2011) nos diz que “Educar é um ato político”, e os estagiários do AT foram educados para problematizar, promover a criticidade e com isso reconheciam as problemáticas e intervinham gerando transformações por onde passavam. Os serviços substitutivos, oriundos da reforma psiquiátrica, preconizam o “cuidado em liberdade”, ou seja, o cuidado deve ser

realizado no território próximo à família e tudo que ali se insere (Amarante, 2007). Muitos estigmas estavam cristalizados, e isso era possível perceber por meio do cadeado trancando os portões de um serviço que deveria ser de portas abertas, como forma de “conter”, este é um dos exemplos dentre outros aqui não especificados. Freire (2011B) nos diz que *quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos* (p.126). Neste caso, é possível que não se tenha criticidade, pois o assunto não era discutido, e muito menos buscavam formas de intervenção.

Isso é possível perceber por meio de uma fala da entrevistada, sendo esta psicóloga uma pessoa preta.

(PSICÓLOGA 1) Eu acho que essas pessoas muitas vezes viam a gente como alguém não tão distante assim, pelo jeito como a gente se portava. É claro que depois isso ia se traduzindo no tipo de relação que a gente estabelecia com essas pessoas também. Mas eu sentia que sim, que existia um olhar de reconhecimento, “aquela pessoa não é uma pessoa tão diferente ou tão distante de mim. Se ela não é tão diferente nem tão distante de mim, talvez ela me trate ou se conecte comigo de um jeito diferente”. Nessa dimensão, é uma perspectiva de mão dupla, assim como com muitos profissionais do serviço. Os profissionais precisam se atentar a isso, à forma como eles se conectam com as pessoas, com os usuários. Em vários momentos, existe uma dificuldade de que equipes ou profissionais me reconheçam enquanto profissional. “Eu não tenho cara de psicóloga”, já ouvi isso. Às vezes as pessoas questionam: “você vai dar conta de tratar? Você dá conta de atender?”. Os meus colegas brancos que se formaram em psicologia não ouvem isso, por que eu ouço? Do mesmo jeito que para alguns profissionais ou para algumas pessoas essas questões chegam dessa forma, para os usuários, o fato de eles serem um pouco parecidos comigo, eu sinto que pode ter sido que favoreceu esse vínculo, e se você tem uma boa vinculação, a coisa se desdobra de um jeito diferente.

Entretanto, deste modo é possível compreender que nos serviços substitutivos existe ainda o racismo estrutural<sup>7</sup>, o que faz o atendimento ser desqualificado e omissivo diante das

---

<sup>7</sup> A naturalização de falas e/ou ações que promovem, direta ou indiretamente a segregação ou o preconceito racial, que está enraizada, inserida na cultura/estrutura social, hábitos, falas e pensamentos que já fazem parte da sociedade é chamado de racismo estrutural.

Sugestão de leitura sobre o tema: livro "Racismo Estrutural: Uma perspectiva histórico-crítica" do Professor Dennis de Oliveira, que discute o racismo para além dos comportamentos preconceituosos e articula este conceito com a totalidade histórico-social



especificidades existentes em relação a população negra. Fanon (2008) nos lembra que o olhar do branco constrói a experiência vivida pelo negro: *é o racista que cria o inferiorizando* (2008, p. 90). Neste sentido podemos entender que o negro foi, e ainda é, invisibilizado a partir do racismo estruturante. A partir do pensamento de Fanon entendemos que a invisibilidade do corpo negro tem em vista uma persistente desumanização que ultrapassa a estratégia colonial e permanece até os dias atuais.

Fazendo uma leitura bastante criteriosa nas fotos que se encontram no museu do Hospital Colônia em Barbacena-MG, podemos perceber que os “loucos hospitalizados” eram em sua maioria negros, faço aqui uma correlação com o atendimento daqueles que necessitam de cuidados na atenção psicossocial, não seria por isso a invisibilização? Além disso, os profissionais que atuam nos serviços são em sua maioria branca, e quando os acompanhados se deparam com estagiários negros há um reconhecimento e com isso gera uma identificação, uma aproximação.

Assim, afirmo que os estagiários em questão não tiveram ao longo da permanência no estágio uma *educação tradicional* como menciona Freire (2011), o que corresponde a experiência *do diálogo, da investigação, da pesquisa, que, por sua vez, está intimamente ligada a criticidade, nota fundamental da mentalidade democrática* (Freire, 2011b, p.126). Se não houvesse criticidade, o entrevistado não teria naquele momento se reconhecido como negro, muito menos entendido as possíveis razões para identificação do sujeito acompanhado para com a pessoa dele.

Uma das entrevistadas mencionou que talvez o que tenha faltado ao grupo de AT, vejamos:

(PSICÓLOGA 1) [...] Como eu disse mais cedo, quem eram as pessoas que eram cuidadas no campo da saúde mental, em sua maioria? Pessoas de periferia, pessoas pretas. O que eu acho que não teve no AT foram discussões específicas que trouxessem, por exemplo, a reflexão sobre racismo e saúde mental. A gente não teve isso, e não só no estágio do AT ou na extensão, eu não tive isso em nenhum momento da minha formação na UFSJ, e não só na UFSJ. Eu acho que existe uma carência muito grande dessa discussão no que diz respeito às produções da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Teve um questionamento uma vez, mas mesmo esse questionamento tendo aparecido, ele não foi suficiente para a gente, por exemplo, buscar leitura sobre. Eu

lembro que a gente fez uma intervenção em um 18 de maio <sup>8</sup>e a gente fez recortes de alguns trechos do *Em Nome da Razão*,<sup>9</sup> e aí a gente foi para as escolas, os grupos se dividiram e foram para as escolas e a gente foi passar alguns trechos do *Em Nome da Razão*. Depois, fomentamos a discussão. Em uma das escolas, especificamente, um dos alunos virou para o estagiário, depois que ele passou um trecho do vídeo, e perguntou: “por que todo mundo que está no vídeo, que está internado lá, é preto? Por que só tem pessoa negra no vídeo?”. O estagiário não soube responder, era um tipo de pergunta que não tinha resposta. Aí ele levou isso para a supervisão, a gente discutiu um pouco isso na supervisão, mas isso não foi suficiente para a gente, por exemplo, mergulhar em leituras sobre ou buscar leituras sobre, ou pesquisar sobre – de repente poderia sair um projeto de iniciação científica sobre isso, por exemplo, ou um projeto de mestrado, poderia partir de mim mesmo, uma pessoa preta que estava lá. Hoje, eu consigo olhar para essas questões. Eu acho que, se tivesse tido, poderia ter sido ainda mais impactante. Hoje está até meio na moda a gente falar de pensamento decolonial<sup>10</sup>, de feminismo interseccional<sup>11</sup>. Eu acho que foi o que não teve. A universidade está sempre se abrindo, se abrindo mais e se reinventando mais. Eu acho que a gente está num momento de

---

<sup>8</sup>No dia 18 de maio é comemorado, em todo o país, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Geralmente o NEPIS por meio dos grupos de estágio e pesquisa fazem intervenções na cidade para lembrar toda a trajetórias da Reforma Sanitária e Psiquiátrica em favor de novas formas de cuidado em saúde mental.

<sup>9</sup>*Em Nome da Razão* é um documentário brasileiro lançado no ano de 1979 pelo cineasta Helvécio Ratton. O documentário buscou mostrar o Hospital Colônia de Barbacena no ano de 1979, as condições físicas da instituição e as condições dos que ali estavam asilados.

<sup>10</sup>A decolonialidade é considerado hoje um caminho para a desconstrução de padrões, perspectivas, conceitos, dentre outras questões, impostos aos povos subalternados. É um termo que emerge da necessidade de ir além da ideia de que a colonização é um evento acabado. O pensamento decolonial surge como uma alternativa para dar voz aqueles e aquelas que foram por muito tempo oprimidos.

Sugestões de leitura sobre o tema: *Um Feminismo Decolonial* de autoria de Françoise Vergès; *Memórias da Plantação: episódio de racismo cotidiano* de autoria de Grada Kilomba; *Tudo Sobre Amor* de autoria de Bell Hooks; *Lélia Gonzales* de autoria de Alex Rattis e Flávia Rios; *Quarto de Despejo: diário de uma favelada* de autoria de Carolina Maria de Jesus; *Pele Negra, Máscara Brancas* de autoria de Frantz Fanon; *Decolonialidade a partir do Brasil: Volumes VIII e IX* de autoria de Pulo Henrique Borges da Rocha; *Maioria Minorizada: um dispositivo analítico de racialidade* de autoria de Richard Santos; *Colonialidade, Decolonialidade e transmodernidade: para um direito situado na periferia* de autoria de Rayann K. Massahud de Carvalho; *Colonialismo e Luta Anticolonial: desafios da revolução no século XXI* de autoria de Domenico Losurdo.

<sup>11</sup>O Feminismo interseccional busca compreender a sobreposição de opressões, abarcando categorias tais como raça, classe e etnia, que se imbricam dentro de uma matriz de dominação específica.

Sugestões de leitura sobre o tema: *Interseccionalidade (Feminismos Plurais)* de autoria de Carla Akotirene; *Interseccionalidade e Psicologia Feminista* de autoria de Conceição Nogueira; *O Feminismo é para todo Mundo: políticas arrebatadoras* de autoria de Bell Hooks; *Por um feminismo Afro-latino-americano* de autoria de Lélia Gonzales; *Teoria Feminista: da margem ao centro* de autoria de Bell Hooks; *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais* org. por Heloísa Buarque de Hollanda.

trazer cada vez mais essas discussões. Na época, a gente ainda não estava fazendo essas discussões na universidade. Estava de um outro jeito, com um outro recorte, mas dessa forma que eu estou colocando aqui, não. Talvez eu esteja errado na minha percepção, mas não tinha. Então, eu acho que foi o que não teve e que podia ter tido.

Pensar, ler, estudar e discutir interseccionalidade e pensamento decolonial, dentre outras questões, pode ajudar a ampliar possibilidades de acolhimento, compreensão da realidade e estratégias de cuidado em saúde mental. Uma vez que se sabe, como mencionado anteriormente, que existem muitos estigmas com relação ao campo de saúde mental, sobretudo para com aqueles que necessitam de cuidados, ter profissionais da saúde sensíveis a tais modalidades de sofrimento, possibilita com que novas condições de trabalho em rede sejam criadas e articuladas. Podendo criar meios para estabelecer acolhida de pessoas discriminadas, sobretudo por raça e gênero.

### 5.3 Práxis

O conceito de Práxis perpassa toda a obra de Paulo Freire e está totalmente ligada ao conceito de dialogicidade, ação-reflexão, criticidade, dentre outros conceitos. Para Paulo Freire (2013), *Práxis* é a aplicação do método dialético superando a separação entre teoria, prática e criticidade, de modo a compreender o homem e o mundo, para transformar a realidade a qual ele está inserido.

Neste mesmo sentido, as diretrizes e bases da educação nacional, assegurada pela Lei 9.394, de 1996, em seu artigo 43 define que a educação superior deve: *VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição.* Não obstante o artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988 exige que *as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.* Assim, o tripé formado pelo ensino, pela pesquisa e pela extensão formam o eixo fundamental para as unidades de formação superior e não pode, ou, pelo menos, não deveria, ser compartimentado.

Diante das entrevistas podemos perceber que vimos que o AT tinha como base o tripé ensino-pesquisa-extensão, o que vai ao encontro com Lei 9.394, de 1996, em seu artigo 43, com a Constituição, e sobretudo, com o pensamento de Paulo Freire (1980), segundo o qual a formação de profissionais deve ser de fato pautada na práxis, no ensino e extensão.

A partir de agora vamos ver trechos das entrevistas que sustentam a afirmação anterior.

(PSICÓLOGA 5) No AT que teve essa prática, esse corpo no mundo que muito imediatamente a minha entrada, onde fiquei apenas seis meses apenas estudando e logo fui para a prática. E o próprio corpo no mundo eu acho que é um espaço de formação que é um ponto central. [...] O NEPIS estava organizando um PET Saúde na UFSJ, e no segundo momento dele surgiu a proposta de Acompanhamentos Terapêuticos com os usuários de Saúde Mental da cidade. E o PET tem como princípio, baseado em Paulo Freire, baseado em outros autores a ideia de que, a gente aprende na práxis, aprende na relação com o mundo, na prática sendo refletida e na reflexão sendo praticada e esse movimento dialético, como Paulo Freire coloca muito, a dialogicidade no processo pedagógico que é necessário.

Como vimos no capítulo dois, o AT surgiu a partir da visualização dos integrantes do PET-Saúde/Redes sobre necessidade de auxiliar o serviço da RAPS no cuidado para com as pessoas que precisavam ser assistidas mais de perto, prezando pela atenção psicossocial. E como a psicóloga menciona, sempre se tinha momentos de estudos, preparação para depois colocar o “corpo no mundo”, ou seja, ir para a prática, para as atividades no território. Isso também foi mencionado por outra entrevistada.

(PSICÓLOGA 1) A gente teve um primeiro momento antes de ir para o campo, por exemplo, um momento em que a gente mergulhou com profundidade na literatura e na discussão sobre o papel do psicólogo (o) na atenção primária, por exemplo. Em seguida, a gente vai para o campo, a gente vai para o território, vai para as instituições. Indo para as instituições, a gente não esgota esse mergulho na literatura, a gente continua, nas supervisões, fazendo as leituras. A gente faz essas leituras muito pautadas no que a gente estava trazendo do campo. É articulada essa dimensão teoria e prática, muito articulada. E aí entra uma série de questões. A gente via, por exemplo, conflitos entre o que a gente via na literatura e o que a gente percebia das ações nos serviços, por exemplo, no que a gente ouvia e no que a gente via, e a gente levava isso para as supervisões e tencionava isso nas discussões com os orientadores. Essa relação teoria e prática estava muito presente e muito pautada nesses projetos.

Não era apenas estar imerso na prática, ou na teoria, mas sim uma associação crítica entre as duas. A dialogicidade, como vimos no primeiro tópico deste capítulo estava sempre presente.

(PSICÓLOGA 2) a teoria junto com a prática permitia uma construção que era necessária dentro do contexto de formação em que a gente estava. Era a possibilidade mais próxima que a gente tinha da realidade profissional, então eu acho que ela foi muito importante, foi um divisor de águas. Sempre que a gente conversa entre as pessoas que passaram pelo estágio em AT, a gente sempre fala disso, o quanto essa participação foi um divisor de águas. A ideia que a gente tinha dessa inserção e atuação profissional antes e depois, muito no sentido dessa aproximação com os serviços e com a realidade deles, por mais que ainda fosse uma aproximação um tanto quanto distanciada, por diversas questões.

Vivenciar a prática, mas com aporte teórico e possibilidades de diálogo era o que prezava o coordenador do estágio. O estágio em AT é oriundo do PET-Saúde/Redes, que preza pela associação entre teoria e prática e ainda traz os trabalhadores da rede de saúde para conversarem e estudarem a teoria junto com as unidades formativas, pois também são orientadores de campo.

(PSICÓLOGA 5) Houve troca, entre nós estagiários e os profissionais. Nós tivemos o PET saúde que tinha essa pegada de trazer para dentro da universidade, do NEPIS, os profissionais da rede e a gente debater juntos, construir juntos estratégias de cuidado, e fazer a tal da educação permanente. E isso era difícil, pois havia uma resistência afetiva, institucional que o próprio sintoma das instituições e os profissionais começam a se colocar numa posição paranoica diante do saber dos outros. E fica um debate estéril entre o que estava no texto e que está na prática. E aí tinha umas falas tipo: “Há, você conhece pelos livros, eu conheço pela experiência”, uma fala equivocada, mas, ao mesmo tempo, denuncia uma posição, um certo estado de coisas que havia e há muito entre universidade e cidade. A minha posição por exemplo, de olhar para isso como uma fala errada, até reflete um pouco dessa arrogância do universitário. Às vezes o universitário acha que sabe pra caralho só porque ele leu alguma coisa, aí ele está numa posição do saber e aí chega os profissionais de fora e ficam ali, conversando com a gente, e a gente às vezes quer passar um conhecimento assim. Então, fica uma resistência dos dois lados entre esse histórico que a universidade tem enquanto posição que a acaba contaminando os imaginários dos colegas, alunos e tal, que está no imaginário dos professores e por outro lado os profissionais chegam com uma certa resistência em relação a esse saber, sabe. Porque ele leu um texto lá em mil novecentos e bolinha e já

entendeu. Sendo que o conhecimento assim como a prática é uma coisa viva, um movimento vivo da realidade. Então a gente precisa se abrir para conhecer a novidade e ao mesmo tempo se abrir para movimentar o próprio conhecimento.

Cerqueira (1984) diz que trabalhadores da saúde que atuam em um regime tradicional se colocam em oposição aos trabalhadores de novo tipo. As psicólogas entrevistadas relatam com unanimidade a dificuldade de diálogo com os profissionais da rede, a não abertura para estarem em um processo de formação continuada, muitas vezes proposto pelo próprio NEPIS, núcleo de pesquisa ao qual pertence o AT.

As psicólogas relatam ter ouvido dos trabalhadores que existe um grande abismo entre a universidade e a prática. Vejamos a seguir

(PSICÓLOGA 1) A gente ouvia muitas coisas quando a gente estava nos estágios, por exemplo, de que era fácil fazer a crítica estando na universidade e de que quando a gente está no serviço é que a gente vai realmente ver o que acontece, como se existisse uma realidade paralela, como se existisse uma cisão entre a universidade e a prática.

As tentativas de aproximação, de diálogo, e de proposta de estudos em conjunto foram muitas, mas eles continuavam não querendo essa aproximação para estudos. Pois o que é estudado no NEPIS, que está ancorado no processo de Reforma Psiquiátrica, divergentes de algumas práticas da RAPS de São João Del-Rei.

(PSICÓLOGA 1) Tem gente, por exemplo, que se fecha dentro da universidade e não se articula com os serviços, com os saberes, não se propõe a repensar os próprios saberes, as próprias pesquisas, por exemplo. E tem gente, nos serviços, que acha que a universidade é mesquinha, que a universidade é soberba. Essas pessoas não estão totalmente erradas, porque a universidade, em vários momentos, é isso, algumas pessoas da universidade reproduzem isso, mas tem gente nos serviços que às vezes se fecha para o que a universidade oferece, muito por conta disso. Às vezes uma ideia nova, uma ideia diferente é barrada, porque é tida como ideológica, como fora das possibilidades.

Sabemos que não eram todos os trabalhadores, alguns até acolhiam a aproximação, participava das reuniões e estudos, porém eles não poderiam fazer diferente do que a gestão pensava.

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) fazem uma analogia da formação de trabalhadores da saúde com o sertão. Para eles: *O caminho no sertão não acaba. Abre tantas veredas e*

*encruzilhadas, e as pessoas nunca estão terminadas. O sertão é do tamanho da gente, a formação do ser humano é do tamanho da vida* (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p.126).

E eles continuam:

É nesse sentido que pensamos a formação do “ser profissional de saúde”. Um processo que se firma na graduação, mas que não se finda ali, que transcorre durante toda a vida profissional, dentro e fora do ambiente de trabalho, seja por propostas formais de educação, das próprias relações do cotidiano de trabalho, ou mesmo na inserção do sujeito no mundo sociocultural. Um processo que contribui para a construção da identidade profissional e do modo de vivenciar e realizar a prática em saúde e que, sobretudo no contexto de trabalho, pode ser instrumento de reflexão e transformação dessa prática (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p.126).

Nesse sentido, entende-se que a formação continuada também tem a finalidade de formar o profissional da saúde para suas atuações e vivências durante sua prática. Diante dos relatos dos profissionais percebemos que houve possibilidades de uma educação formal e informal a partir do NEPIS, a partir do AT, no momento do PET e após ele também. Porém, não existia uma abertura de uma boa parte das equipes. Diante disso, é possível afirmar que não houve formação do ser profissional de saúde (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Segundo a Constituição de 1988, como vimos no capítulo um, a formação continuada dos profissionais da saúde é de responsabilidade do SUS. E durante a entrevista foi possível perceber que existem algumas formações oferecidas pelo SUS, não de modo como seria necessário, mas existe. Vejamos:

(PSICÓLOGA 2) Existem alguns cursos que o SUS oferece, às vezes à distância e tudo o mais, mas isso não chega para os trabalhadores, isso não chega enquanto incentivo, isso não chega enquanto importância. Às vezes até se oferta alguma coisa, mas está tão distante da realidade do serviço que os trabalhadores não demonstram esse interesse, porque não sabem que aquilo é interessante, não sabem que aquilo é importante. Não tem uma proposta de qualificação do trabalho, da formação, não tem. A gente vai falar de financiamento. Isso não tem um retorno salarial, porque isso também esbarra nisso.

Freire (2011) fala sobre o bom senso na relação ensino-aprendizagem. A partir disso, podemos perguntar: será que a realidade dos trabalhadores do SUS tem sido observada nas propostas de formação permanente? É preciso conhecer a realidade na qual os trabalhadores se

inserir e fazer uma reflexão crítica, para depois intervir de acordo com cada realidade. Seria a formação de modo virtual o melhor caminho? Todos os profissionais têm condições físicas, psicológicas e materiais para estar em formação após o período de trabalho?

Uma das psicólogas entrevistadas tem experiência em várias equipes de localidades diferentes, e traz um olhar para uma realidade que, muitas vezes, quem não está inserido no serviço público não tem o conhecimento. E, segundo a psicóloga talvez por esse motivo muitos profissionais da saúde não se inserem nas possibilidades formais e informais de formação permanente.

(PSICÓLOGA 2) A gente tem profissionais, hoje, nos serviços públicos, com remunerações bem abaixo de uma necessidade humana mesmo, de existência. A gente vê várias frentes de sucateamento dentro dos serviços, é tudo muito delicado. O trabalhador fica às vezes dez, 12 horas/dia no serviço. Se tem que fazer capacitação, ele pensa: “nossa, além das 12 horas, eu ainda tenho que... mais cinco, mais três, mais duas. Eu quero fazer isso, eu quero me desgastar – porque vira um desgaste - ou eu quero ir para a minha casa descansar”. A gente compete com situações que são muito delicadas. A capacitação não é percebida dentro dos serviços como trabalho, ela não está incutida dentro da carga horária. Por exemplo, o projeto de supervisão clínica tem sido interessante e importante porque ela acontece dentro do horário de trabalho. Tem muita resistência, claro, tem muitas fragilidades, dificuldades, desafios, mas percebo que eles se movimentam, eles tentam pensar, eles tentam produzir algo a partir do que eles estão pensando, do que eles estão fazendo. Mas muito porque a gente não está exigindo, entre aspas, mais do que já são exigidos, isso já está na realidade, dentro do contexto de trabalho deles, não é algo para pesar, é algo para somar. Eu acho que, talvez, a gente tenha que repensar a organização dos processos de trabalho para ver como eles vão comportar os processos de capacitação, e não que a capacitação seja mais uma carga de trabalho, se torne mais uma carga de trabalho.

Neste momento, a psicóloga fala sobre uma modalidade de apoio e escuta clínica do serviço de assistência psicossocial. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde, o supervisor clínico-institucional é um profissional de saúde mental que assessora, discute e acompanha o trabalho exercido por todos os profissionais dos CAPS. A principal proposta da supervisão clínica-institucional é a possibilidade de florescimento de práticas fundadas na cooperação entre



os saberes das equipes. Pois, tendo os impasses presentes sendo revisados e superados, o CAPS tem grande possibilidade de se tornar um espaço de formação profissional que se constrói pela prática e utiliza a práxis (Brasil, 2005b). Torna-se pertinente dizer que esta psicóloga exerce o trabalho de supervisor clínico em duas localidades ou regiões diferentes.

Além de exigir formação, precisamos também pensar e exigir políticas públicas para que os profissionais tenham possibilidades de uma vida digna, como menciona a psicóloga na entrevista, e assim tenham possibilidades de terem uma formação continuada sobre o processo de reforma psiquiátrica.

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) também dizem que: *A necessidade de repensar os métodos de ensino-aprendizagem necessários à formação em saúde passam pelo profundo reconhecimento das profundas transformações que dão novos contornos a sociedade contemporânea* (p.128). Ou seja, mesmo que tenhamos uma formação de trabalhadores de novo tipo em todas as unidades formativas, especialmente de graduação em psicologia, a sociedade está em constante transformação. E como vimos nos capítulos um e dois, muitas universidades estão alheias a uma formação que tenham o tripé ensino-pesquisa-extensão e/ou a prática ativa contexto de saúde mental ainda no período de formação. Diante disso, é importante destacar a necessidade de uma formação permanente.

E a psicóloga nos conta um pouco sobre a experiência anterior, ou seja, durante a graduação, ou o conhecimento prévio do que seria saúde mental e a atuação no contexto da reforma psiquiátrica, das equipes com as quais ela atuou enquanto psicóloga e como supervisor clínico.

(PSICÓLOGA 2) Enquanto trabalhadora do CAPS, todas as equipes com as quais eu trabalhei.... Em São João e Del-Rei era uma equipe que já tinha uma experiência anterior, com diversas questões, mas ainda assim tinha uma experiência anterior. Depois que eu saio da região de São João e venho para onde estou, os CAPS onde eu entrei, com os quais eu tive contato, onde eu produzi encontros, todos eram de profissionais que não tinham experiência, que não sabiam o que era, então a minha inserção ficava muito nesse lugar de orientação, de quem às vezes tentava contribuir com o serviço dizendo sobre qual era a proposta desse serviço, porque ele existia, qual era o sentido desse trabalho. Eu me vi ocupando esse lugar, e eu acho que foi muito pela formação que eu recebi, a que eu tive acesso. Eu falo que é um privilégio nesse sentido, porque a

gente acaba se ocupando de espaços tão frágeis que, quando a gente percebe que a gente tem potência para contribuir nesse sentido, é um privilégio, é um diferencial. Eu me percebi tomando a frente dessas contribuições, sendo colocada e ocupando espaços de referência, de orientação, de coordenação, muito por conta dessa formação.

Melo (2013) no livro *Oswaldo dos Santos* diz que: *reorganizar o modelo assistencial, possibilitando a formação de trabalhadores de novo tipo que, por sua vez, garantem a continuidade e avanço das novas formas de organizar a assistência* (p.30-31). Observando isso, vemos que a psicóloga em questão tendo uma formação diferenciada, compreendendo a missão do serviço atua de modo a organizar a assistência psicossocial em cada lugar em que de alguma forma vê possibilidades.

(PSICÓLOGA 3) Eu acho que a prática do AT foi, sem dúvida, muito mais que só a prática, era uma prática reflexiva associada a teoria. Foi, sem dúvida, o que permitiu vários questionamentos, assim, sobre o nosso lugar como profissionais, sobre esse lugar de poder, que infelizmente muitas vezes a gente tende a ocupar. A gente precisa se deslocar desse lugar, assim, e eu acho que o AT permite pensar sobre isso, pensar sobre o lugar que a gente ocupa no tratamento. Enfim, eu acho que é justamente a prática que proporciona esses olhares diferenciados aí na formação, e que proporciona, inclusive, a gente perceber o quanto é importante seguir em formação sempre, porque não acabou ali. No AT, foi o que possibilitou uma abertura para que a gente siga a cada dia de prática nossa atualmente, repensando e buscando ampliar o nosso olhar.

Além de proporcionar uma prática reflexiva que possibilita repensar as ações e intervenções, diante de tudo o que foi vivenciado no AT, as psicólogas hoje conseguem ter a consciência de que a formação continuada se faz necessária.

(PSICÓLOGA 1) pensando essa prática sempre ancorada nessas discussões teóricas. Como eu disse, eram sempre muitas leituras, e não só leituras desconectadas do que a gente estava fazendo, eram sempre leituras tensionadas por aquilo que a gente vivenciava. Tudo isso que eu estou falando, toda essa potência, toda essa dimensão de a gente perceber os resultados, de a gente perceber a potência das intervenções, era tudo muito desafiador também. Não era um trabalho simples de fazer, era complexo pela própria natureza do campo e tinha desafios que a gente encontrava, às vezes com a própria equipe, com a família, com o que é do próprio campo.

Cerqueira (1984) diz que as indagações que levam uma ver a pessoas como um ser biopsicossocial e configuram um acolhimento integral, dentro do contexto da reforma psiquiátrica, configuram uma atitude de um novo tipo. E a prática, as reflexões sobre ela, e o debruçar sobre a teoria, além de se ter uma supervisão pautada na dialogicidade era a rotina do estágio em AT.

(PSICÓLOGA 2) Eu acho que a gente conseguiu, mediante as discussões, as inserções, os estudos que a gente fazia, ter a dimensão do que significava cada um deles, qual era importância deles para a efetivação do cuidado, da promoção de saúde, da prevenção, tendo a questão da ampliação do conceito de saúde, o que significava isso, qual era a dimensão disso na realidade da atuação, do contexto de cuidado, do território.

A formação a partir do AT proporcionou aos egressos do estágio um grande arcabouço teórico-prático, possibilitando que estes consigam atuar nas diferentes esferas do serviço de saúde levando seus aprendizados. Como vimos a partir dos relatos, e nos capítulos anteriores nem todas as unidades formativas oferecem uma oportunidade de aprendizados a partir de uma inserção no campo, sobretudo na saúde mental.

(PSICÓLOGA 1) [...] nossa formação na UFSJ, que é uma formação muito articulada com a extensão. Eu falo, seguramente e categoricamente, que o que me formou e que me fez ser o profissional que eu sou hoje foi a participação nos projetos de extensão. Eu fiz uma formação muito em conjunto com a prática e muito em conjunto com os contextos de atuação, muito em conjunto com as pesquisas que vinham sendo desenvolvidas nesses grupos de extensão não eram só extensão, mas de pesquisa também.

Como vemos neste relato, podemos afirmar que, de fato a formação é pautada no tripé ensino-pesquisa-extensão. Muitas pesquisas de Iniciação Científica (IC)<sup>12</sup> foram efetuadas no

---

<sup>12</sup> **Iniciações Científicas (ICs) oriundas de questionamentos surgidos por meio de extensões e estágios do NEPIS/UFSJ:**

**IC 1 - Título:** Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos laços e ações conjuntas. Pesquisado por: Aline Gomes Martins & Tacyana Auxiliadora Pereira. Finalizada em 2018.

**IC 2 - Título:** A Relação da Arte com o Campo da Saúde Mental: mapa da região sul. Pesquisada por: Joely da Silva Andrade; Lisângelo Coimbra Fontoura; Patrícia Fonseca de Oliveira; Maria Alice Silveira & Filipe de Melo Lopes. Finalizada em 2009.

**IC 3 – Título:** Características e Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, correlacionadas com as influências das Políticas de Saúde Canadense e Cubana. Pesquisada por: Joelma Cristina Santos. Finalizada em 2011.

**IC 4-Título:** Estilo de Vida e Ações Intersetoriais: práticas complementares ou contraditórias nas ações de promoção a saúde? Pesquisada por: Filipe de Melo Lopes. Finalizada em 2011.

NEPIS a partir de questionamentos oriundos da prática em Saúde Mental.

Muitas pesquisas de mestrado<sup>13</sup> e doutorado no NEPIS também vieram a partir do

---

**IC 5-Título:** As Diversas noções de Promoção da Saúde e suas Articulações com as Políticas Públicas.

Pesquisada por: Pedro Henrique Costa Resende. Finalizada em 2011.

**IC 6 - Título:** A promoção da saúde através de Ações Intersetoriais. Pesquisada por: Talyta Resende de Oliveira. Finalizada em 2011.

**IC 7 – Título:** Promoção da Saúde: entre os estilos de vida e ações intersetoriais. Pesquisado por: Danilo Rodrigues de Mattos & Michele Juliana Carvalho Sena. Finalizada em 2011.

**IC 8 – Título:** A promoção da Saúde através de Ações entre os Ministérios da Saúde, da Educação e das Cidades. Pesquisada por: Talyta Resende de Oliveira. Finalizada em 2012.

**IC 9 – Título:** As definições de família nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Pesquisado por: Rafaela Ferreira Marques. Finalizada em 2013.

**IC 10 - Título:** As Definições de Família nas Produções Acadêmicas de Profissionais da Atenção Primária de Saúde. Pesquisada por: Jonathan Marques de Oliveira. Finalizada em 2013.

**IC 11 -Título:** A formação através do trabalho no campo da saúde mental: Casa de Palmeiras (anos 1990) um estudo de caso. Pesquisada por: Noelle Lopes Amorin. Finalizada em 2015.

**IC 12 - Título:** A formação através do trabalho no campo da saúde mental: Casa de Palmeiras (anos 1970) um estudo de caso. Pesquisada por: Lucas Gorgone da Cruz. Finalizada em 2015.

**IC 13 - Título:** A formação através do trabalho no campo da saúde mental: Casa de Palmeiras (anos 2000) um estudo de caso. Pesquisada por: Herik Rafael de Oliveira. Finalizada em 2015.

**IC 14 - Título:** Configuração e Atuação das Equipes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Minas Gerais. Pesquisada por: Yandra Oliveira de Sousa & Elisa Pinto Pessoa França.

**IC 15 – Título:** As Diferenças Metodológicas entre Ações de Inclusão Digital de Usuários de Serviços de Saúde Mental. Pesquisado por: Marcos Vinicius Thomaz. Finalizado em 2015.

**IC 16 - Título:** A Recepção e a Produção da Imagem de Nise da Silveira no Campo das Artes: literatura, carnaval e artes plásticas. Pesquisada por: Herick Rafael de Oliveira & Thales Alberto Fonseca Vivente. Finalizada em 2016.

**IC 17 – Título:** Políticas Comparadas de Álcool e Outras Drogas: pesquisa bibliográfica – Brasil e Portugal. Pesquisada por: Matheus Campos Braga. Finalizada em 2017.

**IC 18 – Título:** A Construção do Discurso na Obra de Nise da Silveira: a emoção de lidar no filme Posfácio de Leon Hirszman. Pesquisado por João Marcos de Oliveira Lara. Finalizado em 2019.

**IC 19 – Título:** A Construção do Discurso na Obra de Nise da Silveira: o princípio de Hórus no livro Imagens do Inconsciente e no filme A Barca do Sol. Pesquisada por: Alice Santos Vieira. Finalizada em 2020.

**IC 20 - Título:** A Construção do Discurso na Obra de Nise da Silveira: a noção de escafandrista e as imagens marítimas nos livros Imagens do Inconsciente e o Mundo das Imagens. Pesquisada por: Bruno Uchôa Fittipaldi. Finalizada em 2020.

**IC 21 – Título:** A Construção do Discurso na Obra de Nise da Silveira: o afeto catalisador no livro O Mundo das Imagens. Pesquisado por: Marina Siqueira Castro. Finalizado em 2020.

**IC 22-Título:** A Construção do Discurso na Obra de Nise da Silveira: as imagens de animais nos livros Imagens do Inconsciente e O mundo das Imagens e a correlação entre instinto e arquétipos. Pesquisada por: Amanda de Fátima da Silva Nunes. Finalizada em 2021.

<sup>13</sup> **Dissertações oriundas de questionamentos de estágios, extensões e ICs do NEPIS/UFSJ:**

**D 1 –** Liberdade, Afetividade e Atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no discurso dos integrantes do Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. Pesquisadora: Patrícia Fonseca de Oliveira (2012).

**D 2 –** As Políticas Públicas de Saúde Mental e o Cotidiano dos Serviços Substitutivos: um estudo sobre ideologia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pesquisadora: Michelle de Almeida Cezar (2014).

**D 3 –** Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Educação Básica: como vai a intersetorialidade? Pesquisadora: Cristiane Belo de Araújo (2014).

**D 4 –** Os Caminhos da Participação na Revista Saúde em Debate. Pesquisadora: Talyta Resende de Oliveira (2015).

**D 5 –** Família e Luta Antimanicomial: devires do cuidado de si e do outro em meio ao sofrimento psíquico. Pesquisadora: Hilda Elaine Rodrigues (2015).

**D 6 –** Reflexões acerca do Caráter Fetichista na Política Nacional de Promoção da Saúde. Pesquisador: Danilo Rodrigues de Mattos (2015).

**D 7 –** A Emergência do Sujeito na Psicanálise e as Instituições Disciplinares de Saúde. Pesquisadora: Maria Alice Silveira (2015).

mesmo contexto, de perguntas surgidas a partir de estágios, extensões e até de pesquisas de IC, todas elas de alguma forma envolvendo o cuidado em saúde a partir de um olhar integral. Além disso, quatro entre os cinco entrevistados vieram a cursar o mestrado, uma delas ainda em andamento, e um deles está cursando doutorado. Dentre as quatro pesquisas de mestrado, uma foi sobre o AT do NEPIS e suas intervenções. Também é importante salientar que a dissertação a qual se lê no momento também é oriunda de questionamentos a partir do AT do NEPIS.

(PSICÓLOGA 1) A própria prática nos questionava. Eu acho que é nesse momento de nos questionarmos, quando a gente não tem respostas, que a gente aprende, principalmente quando não temos respostas rápidas. A gente é um pouco viciado em tentar responder as coisas rapidamente, mas não tem que responder, necessariamente, algumas coisas. Tem algumas coisas que é até bom que não sejam respondidas, é bom que sejam questões mesmo, porque a questão mobiliza, te põe para pensar. Quando a gente responde muito rápido alguma coisa, você está perdendo a potência do que aquilo pode te oferecer de aprendizado, então é bom que algumas questões fiquem, incomodem, façam eco, porque aí a gente é forçado a criar algo, a inventar algo para poder lidar com a situação.

Talvez estas questões não respondidas possam ainda serem respondidas a partir de mais iniciações científicas, mestrado, doutorado e afins.

(PSICÓLOGA 1) Quando a gente fez o estágio do AT, eu acho que fortaleceu o meu interesse tanto em atuar quanto em pesquisar sobre políticas públicas, por exemplo, e sobre posturas e metodologias de cuidado não hegemônicas no campo da Psicologia, que busca tensionar essa Psicologia mais clássica, esse entendimento mais clássico, e

---

**D 8** – Articulação entre o Serviço de Atenção Básica em Saúde e o CAPS AD III no Município de Barbacena-MG. Pesquisadora: Sanny Rhemann Baeta (2016).

**D 9** – Uma Análise das Internações Compulsórias a partir da Relação entre os Campos da Saúde Mental e do Judiciário. Pesquisadora: Ana Carolina Macedo de Araújo Rocha (2018).

**D 10** - O Circo como Possibilidade de Atuação em Instituições de Saúde Mental. Pesquisadora: Luiza Fernandes Barros (2018).

**D 11** – O Acolhimento enquanto Desafio e/ou Possibilidade na Prática Psicossocial em Saúde Mental. Pesquisadora: Cecília Moreira da Silva (2018)

**D 12** – Repensando o Acompanhamento Terapêutico no Campo da Saúde Mental: contribuições da Teoria Ator-Rede. Pesquisador: Marcos Vinicius Thomaz (2018).

**D 13** – Identidade Política Negra através da Ideologia Hip Hop: das correntes nos pulsos ao impulso pelas pontes metafóricas de São João Del-Rei. Pesquisadora: Marina Paula Sacramento (2021).

**D 14** – A Infância na Psicologia Analítica: fantasias e perspectivas sobre o desenvolvimento da personalidade. Pesquisador: Gustavo Pontelo Santos (2021).

**D 15** – Representações Sociais de Profissionais e Familiares de Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas. Pesquisador: Matheus Campos Braga (2021).

repensar o seu fazer e o seu saber também.

Além das pesquisas formais, no contexto universitário, o desejo de pesquisa também se voltou para o cotidiano das atividades profissionais a qual estes se inserem. Pois sabemos que aprendizados deste período reverberam em suas práticas profissionais enquanto psicólogas atualmente.

(PSICÓLOGA 2) Estar no AT eu acho que foi o que deu para a gente a dimensão do que era a proposta da Psicologia dentro do contexto da saúde, dentro da saúde mental, mas, principalmente, pelas discussões. Não era só a imersão dentro de um serviço, mas era o que era construído a partir dessa imersão.

Todas as entrevistadas trazem o momento de supervisão como algo muito importante dentro do processo formativo. E veem o quanto seria rico a discussão de casos dentro dos serviços de saúde.

(PSICÓLOGA 4) [...] a gente fazia essas supervisões semanais, a gente discutia casos em grupo, a inteligência de todo mundo se somava na discussão dos casos, isso é uma coisa raríssima no serviço público e é uma memória que eu trago e que eu acho que é muito importante. Eu aprendi a fazer, mas infelizmente isso não é praticado no serviço público, muito raramente. Tem alguns lugares que fazem, mas, até então, onde eu estou inserido, não é praticada essa discussão de casos como política institucional. Eu discuto casos com os meus colegas no meu ambiente de trabalho, mas isso acaba não sendo uma política da instituição, é uma política dos profissionais. O profissional que não quer discutir não discute. É perceber essa importância de trocar ideia coletivamente sobre os casos, por causa das supervisões coletivas que a gente tinha [...].

E sabemos que, muitas vezes, os profissionais não veem a supervisão e a discussão de casos como necessidade, pois não tiveram em nenhum momento de sua formação, durante e/ou após a graduação. Uma das psicólogas refere a possibilidade de se ter o aprendizado da forma com que se teve no AT como privilégio.

(PSICÓLOGA 2) Estar hoje de outro lugar olhando para a experiência anterior, para essa experiência da formação, eu acho que, por mais que tivesse as suas fragilidades, ainda foi muito importante, porque foi a que mais nos aproximou de uma realidade. Eu até costumo dizer que a formação que eu tive nos espaços que eu ocupei dentro da universidade, que me possibilitaram essa aproximação, foi um privilégio, porque a gente

sabe que a gente tem processos de formação muito frágeis, a gente encontra isso no nosso contexto. Eu acho que a formação que a gente teve foi de muito privilégio, por conta dessas possibilidades de inserção, de encontro com os serviços, por mais que fossem encontro com um certo distanciamento; ainda assim, muito importantes.

A fragilidade que essa psicóloga relata são com relação ao distanciamento que se tem frente as cobranças dos gestores, e com relação ao sucateamento do serviço público. Pois, na maioria das vezes, quando se estuda saúde mental, também é necessário se colocar politicamente, pois se está formando profissionais críticos, não há ingenuidade no que se refere aos problemas enfrentamos e os assuntos não são discutidos superficialmente, muito menos friamente (Freire, 2011b). Por mais que se perceba o sucateamento, ainda não é vivê-lo.

(PSICÓLOGA 3) [...] foi muito importante nessa época aí dos estágios, para perceber isso a partir de uma outra perspectiva, enquanto eu não era profissional formada ainda, enquanto eu não estava em nenhum serviço, porque o lugar é outro, e a gente tem uma outra perspectiva. Mas foi importante justamente para eu pensar o meu lugar como profissional depois também, e para pensar a importância de ter uma abertura maior para pensar prática, para escutar quem está ao redor construindo com a gente também [...] como eu disse, é um exercício diário também, a gente tende a se fechar muitas vezes. Então, estar nesses espaços, perceber alguns conflitos, perceber algumas dificuldades, contribuiu para eu ir me abrindo para novas possibilidades também, à medida que eu fui vendo como a coisa às vezes podia acontecer. Cada lugar acaba acontecendo de um jeito, mas tem algumas cristalizações que são comuns acontecer.

Podemos considerar como uma das possíveis cristalizações a visualização da psicóloga apenas como aquele profissional que faz o acompanhamento em *setting* psicoterapêutico tradicional, ou clínica de quatro paredes como costume dizer. Os profissionais egressos do estágio em AT têm quebrado essa cristalização, ou seja, modificado o olhar das pessoas em relação ao profissional de psicologia. As profissionais relataram uma parte de suas atuações não tradicionais, as quais veremos a seguir.

(PSICÓLOGA 1) Eu pensei: “não vou ficar dentro dessa sala”. A gente criticava tanto as (os) psicólogas (os) que ficavam dentro das salinhas na UBS que eu falei assim: “não, o lugar que eu menos quero ficar é aqui dentro dessa sala”. E eu acho que eu consegui, de certa forma, cumprir isso que eu falei para mim mesma nesse dia. Eu sinto e entendo

que quando eu ia propondo algumas ações e algumas intervenções, isso causava um estranhamento nas equipes, mas à medida que as coisas foram acontecendo, que a gente foi conseguindo ter resultados, muito palpáveis inclusive, muito concretos, aí começou a ter uma aposta: “parece que ele sabe alguma coisa, ela realmente sabe o que está fazendo”. A Secretária de Saúde se tornou uma grande parceira. Eu acho que isso faz toda a diferença. A Secretária de Saúde do Município não ficava numa salinha dentro da prefeitura, a sala de trabalho dela era dentro da UBS, junto com os outros profissionais, ela também tinha contato com os usuários a todo momento, os usuários do serviço a cercavam para poder reivindicar as coisas, e ela também estava próxima da gente. [...] Uma pessoa que eu acompanhei com o AT, com a proposta do acompanhamento terapêutico, por exemplo, recebeu um convite para poder participar de um evento em uma cidade a mais de 300 quilômetros de onde a gente estava. Eu falei: “a gente não pode perder essa oportunidade”. [...]Essa e várias ideias que não são padrão eram acolhidas porque existia uma aposta, existia o reconhecimento de que aquilo era parte do trabalho. A gente conseguiu fazer muita coisa legal, a gente conseguiu fazer um grupo terapêutico, uma oficina terapêutica funcionar muito bem, inclusive com recursos, recebendo bons recursos da gestora, porque ela via a coisa acontecer. [...] Eu recebi “N” demandas para atendimento clínico individual, todo dia tinha. Eu fiz alguns atendimentos clínicos individuais, mas eu fazia principalmente no sentido de fazer um acolhimento, entender essa demanda e pensar como a rede pode acolher essa demanda, para eu não ficar com aquela pessoa lá na salinha, trabalhando com ela isoladamente. Essa oficina terapêutica, por exemplo, era uma grande possibilidade para cuidar das pessoas sem ser nessa dimensão clínica individual.

Neste relato podemos perceber que a psicóloga precisou ganhar a confiança da Secretaria de Saúde, e depois de seus colegas de trabalho para executar seu trabalho. Depois os demais profissionais do serviço também foram compreendendo que o que está profissional de psicologia fazia e percebendo que estava promovendo saúde mental para as pessoas que ele acompanhava. Além disso essa profissional trouxe noções básicas do aprendizado obtido durante o estágio em AT.

A seguir encontra-se outro relato:

(PSICÓLOGA 3) [...] o fato de o AT ser uma prática que a gente pode chamar aí de uma prática que rompe com esses padrões tradicionais da clínica, ela tira a gente muito do



lugar de conforto, que muitas vezes está em um setting terapêutico tradicional e traz algum conforto para a gente. Então, se deslocar desse lugar faz com que a gente desloque também várias questões, vários posicionamentos, várias questões cristalizadas na prática ali, que esse deslocamento que o AT permite ajuda a gente a ver novas perspectivas de atuação e permite que a gente circule melhor e adéque o nosso trabalho à necessidade mesmo de quem está sendo atendido. [...] eu preciso acionar, às vezes, as enfermeiras do centro de saúde, para poder a gente ir junto e ajudar a pessoa organizar a medicação, porque a pessoa não está conseguindo tomar medicação no horário certo. Então, são coisas, assim, que são, às vezes, para alguns profissionais pode parecer um detalhe, mas que é de grande importância no tratamento, e eram coisas que a gente fazia constantemente no AT, que é acompanhar os usuários em algum outro tipo de serviço. Eu percebo que o pessoal até me olha, assim, com curiosidade, porque tem profissionais que trabalham comigo que falam que às vezes nem conheciam direito as (os) psicólogas (os) anteriores, ou então a psicóloga anterior, porque ela não conversava muito com o pessoal. Eu não tenho uma equipe atualmente, por causa dessa minha circulação entre os setores ali, mas eu estou sempre me reunindo com os profissionais do CRAS, estou sempre, ontem mesmo eu fiz um atendimento junto com o psiquiatra, e procuro as enfermeiras para a gente às vezes ajudar em alguma questão de alguns usuários que apresentam questões específicas ali no caso a caso. Então, eu percebo que essa minha disposição, vou chamar assim, para me deslocar ali da salinha que eu tenho, que eu tenho uma salinha física lá, mas essa minha disposição para me deslocar até outros profissionais, até outros serviços, e até, assim, em serviços que não são da rede pública, tem uma pessoa que eu atendo atualmente, por exemplo, que está com questões, porque ela precisa conseguir se adaptar a uma dentadura, ela perdeu os dentes e precisa ali fazer uso da dentadura, mas as intervenções do dentista não estão funcionando, porque ela está tendo problemas para moldar essa dentadura, está tendo muito vômito, então são questões que o próprio dentista falou: “Nossa, vamos ver o que a gente consegue fazer, porque vejo que tem questões emocionais envolvidas”, e ela me convidou para ir com ela um dia, nessa consulta com o dentista, para eu tentar ajudar ali no processo, foi um convite dela e eu me dispus na hora, então, assim, eu acho que essa abertura para poder circular e acompanhar a pessoa que a gente atende ali, em outros espaços que são importantes para ela, sem dúvidas são resquícios aí da formação no AT.

Como vimos nos relatos e ao longo de toda a dissertação a prática do Acompanhamento Terapêutico consiste em sair dos moldes tradicionais de cidade, e exercê-lo no trânsito pela cidade com os acompanhados (Lancetti, 2016). Nos relatos acima descritos vimos o trânsito de profissionais para a casa do acompanhado para separar a medicação, ida ao dentista, a um evento em uma cidade a mais de 300Km, porém todas estas andanças têm um objetivo dentro do projeto terapêutico daquela pessoa.

Uma das psicólogas traz uma questão que é extremamente importante, onde ela lembra que nem todo Acompanhamento Terapêutico está dentro do escopo da Reforma Psiquiátrica. Uma prática antimanicomial não depende apenas de ser um acompanhamento no território.

(PSICÓLOGA 3) Então, esse é um ponto que eu considero interessante de pensar, porque o AT por si só não é uma prática antimanicomial, porque a gente pode fazer um AT totalmente nos moldes manicomiais. Então, é importante estar atento para isso, porque ele pode sim vir a ser uma prática antimanicomial, mas isso exige de quem está atuando ali no AT conseguir estar amparado nos pilares da reforma psiquiátrica, conseguir trabalhar ali e se despidendo desse manicômio mental a cada dia. Pois como a gente vem falando aí, não é o tipo de coisa que está dada, então o AT, por si só, eu não vejo como uma prática antimanicomial, mas ele pode vir a ser dependendo de como ele é feito, dependendo de como a prática é trabalhada, e ele tem um grande potencial para ser no meu ponto de vista, uma prática antimanicomial. Porque se a gente consegue atuar no AT a partir desses pilares, se a gente consegue pensar aí nessa perspectiva do direito à cidade, do ocupar a cidade, de ocupar os serviços também, de articular os serviços a partir da atuação no AT, de pensar mesmo nesse processo de construção de direito, de garantia de direito. Enfim, estando ancorado aí nesses pilares e estando muito atenta para essas questões que envolvem o nosso manicômio mental, sem dúvida, o AT pode ser uma prática antimanicomial, e ele tem um grande potencial para isso. Mas ele por si só, não acredito que seja, não daria para afirmar.

Essa fala da psicóloga é extremamente importante, pois segundo os principais autores que falam sobre a Reforma Psiquiátrica, a continuidade do processo antimanicomial se dá apenas a partir de profissionais que tenham um embasamento teórico, além de práticas, ou melhor, uma formação prática que possibilite o profissional priorizar a assistência extra-hospitalar de modo a se lançar na direção do cuidado extramuros (Cerqueira, 1984 & Melo,

2013). Para que isso aconteça, faz-se necessário que o profissional tenha uma atuação pautada pela práxis (Freire, 2011), de modo a garantir que a luta antimanicomial se estabeleça todos os dias, em todos os contextos de acolhimento e cuidado.

Entendendo isso fica o questionamento, o AT do NEPIS estaria dentro do escopo da Reforma Psiquiátrica? Todas as entrevistadas concordam que está, e segundo elas:

(PSICÓLOGA 1) Nos estágios, nas discussões, nas supervisões, a gente sempre trazia as quatro dimensões da reforma psiquiátrica. Eu acho que o AT traduz essas quatro dimensões na sua prática. O AT é um dispositivo que exige uma base teórica e conceitual que quebra com a base teórica e conceitual tradicional do cuidado em saúde mental, totalmente. O AT é um dispositivo que, por excelência, busca essa conexão com a dimensão social da coisa. Você está indo para os espaços diversos do território, com a pessoa que você acompanha, com a família, então você tem essa dimensão sociocultural também muito colocada no AT. Pelo menos em potencial ela está muito colocada, no sentido das possibilidades do que você pode fazer no AT. Pode fazer um AT na própria casa da pessoa e, ali dentro, você potencializa uma série de questões, uma série de coisas, ou conectado a espaços, espaços de lazer, espaços de cultura, espaços sociais, espaços políticos inclusive. Então, eu acho que essa dimensão também está colocada ali. A dimensão dos serviços também, porque quando você acompanha uma pessoa e você cria as condições para que ela circule nos serviços também, você está trabalhando essa dimensão técnica-assistencial, que é, no caso do AT, não de repensar o serviço, mas de fazer com que a rede funcione, com que a rede circule entre ela. Eu acho que o AT traduz muito essas dimensões que o Paulo Amarante coloca.

Esta Psicóloga traz a teoria para justificar os motivos pelos quais considera que o AT do NEPIS está dentro do escopo da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Paulo Amarante (2007), autor citado pela Psicóloga 1, a Reforma Psiquiátrica se caracteriza por um processo complexo que abrange quatro dimensões, sendo elas:

- Dimensão teórico conceitual: diz respeito a ruptura do modelo biomédico e psiquiátrico tradicional dando lugar para o olhar e cuidado integral, reconhecendo a pessoa como um ser biopsicossocial que influencia o processo saúde-doença;
- Dimensão técnico assistencial: ser um serviço substitutivo que priorize o cuidado extra-muros;

- Dimensão jurídico-política: reconhecer a pessoa que necessita de cuidados no que se refere a saúde mental como um sujeito de direitos, como por exemplo o direito de ir e vir em seu território sem que associe a saúde mental com a periculosidade, além de buscar políticas públicas para assisti-los.
- Dimensão sociocultural: construir um novo lugar social para a loucura e para aqueles que necessitam de cuidados a saúde mental, de modo, de modo a possibilitar que estigma diminua e construir uma nova maneira enxergar e cuidar desta pessoa como alguém que sonha, sofre, pensa, deseja.

Outra psicóloga além de concordar, diz que utiliza os aprendizados oriundos do AT para o acolhimento de crises e para outros aspectos de sua vivência profissional.

(PSICÓLOGA 2) [...] na minha prática profissional, em diversos momentos, eu trabalhei sempre vinculada ao serviço CAPS, que é o serviço de acolhimento de crise em saúde mental, e eu utilizei muitos dos recursos do AT para acolhimentos de crises, justamente pelo entendimento de que a crise deve ser acolhida na dimensão do território. Isso que eu falo que marcou, essa coisa da dimensão do território, do significado disso dentro da atenção psicossocial, eu levei e levo isso para a minha prática, inclusive levo isso até hoje para as supervisões clínicas. Eu falo da experiência do AT, falo da possibilidade e da potencialidade do AT enquanto estratégia de cuidado na promoção de saúde, no protagonismo do sujeito no seu processo de cuidado. Até hoje eu falo do AT porque para mim foi muito significativo mesmo.

Estudar e atuar no serviço de saúde mental é um ato político. Se temos consciência dessa visão, não há possibilidades de estar nesse espaço sem reivindicar políticas públicas para os trabalhadores e usuários do serviço de saúde mental. “Tu te tornas responsável por aquilo que cativas”, já dizia Saint-Exupéry em *O Pequeno Príncipe*. E uma das psicólogas traz a relação do afeto com a política de maneira muito simbólica.

(PSICÓLOGA 1) Outro dia eu estava ouvindo um podcast sobre saúde, não sei se era sobre saúde mental especificamente, mas era sobre saúde. Tinha uma pessoa que foi se apresentar e, quando ela foi se apresentar, ela falou algo que eu identifiquei na hora. Além de ela ser professora-pesquisadora, ela falou que era militante político-afetiva do campo da saúde mental, porque as nossas ações e as nossas intervenções no campo da saúde mental têm que ter teoria, método, ética e afeto. Eu achei isso lindo, incrível. Hoje,

eu vejo que é muito isso, essa dimensão do afeto é fundamental para esse cuidado.

#### **5.4 Corporificação das palavras pelo exemplo**

Paulo Freire (2011) afirma que a corporificação das palavras, ou seja, o exemplo vivo, é importante para a aprendizagem do estudante. Neste sentido, torna-se importante considerar a prática testemunhal do professor com relação ao trabalho na saúde pública, políticas públicas de saúde auxiliam com que o estudante associe teoria e prática, além de fazer com que a teoria faça sentido para sua aprendizagem (Freire, 2011). Isso é evidenciado nas entrevistas, quando as psicólogas mencionam algumas disciplinas “teóricas” importantes para atuação em saúde mental.

(PSICÓLOGA 2) Basicamente, foi na disciplina de Instituições de Saúde, ministrada pelo professor W, Psicologia em Saúde Pública, que também era ministrada pelo professor W, as disciplinas ministradas pelo professor M. O professor M também trazia um pouco disso para as aulas, não tanto quanto as disciplinas do professor W, mas o professor M trazia a reforma psiquiátrica enquanto contexto. A gente viu um pouco de saúde mental na Psicologia Comunitária, em Psicologia Social, mas enquanto pano de fundo. Mais diretamente, foi com as disciplinas do professor W e com as eletivas, que também eram do professor W.

Os professores acima mencionados, têm uma experiência profunda na atuação em saúde mental, na luta pela reforma psiquiátrica e reivindicações por políticas públicas para a saúde mental. Todas as entrevistadas trouxeram, entre outros nomes, estes dois professores (W e M) em evidência. Associando a fala de Freire (2011) a esse contexto, podemos dizer que a corporificação trazida por estes professores fez com que o que foi ensinado fizesse sentido e possibilitaram que os ensinamentos não fossem esquecidos.

(PSICÓLOGA 1) E quando eu entro para a universidade e, principalmente, quando eu vou para a disciplina de Saúde Pública, e a gente começa a discutir teoricamente aquelas coisas, dava um quentinho em mim, falava: “agora eu estou conseguindo entender, com argumentos, algo de que eu já fazia ideia, porque eu vivenciava”. É claro que eu aprendi, de fato, o que é o SUS, muita coisa sobre o que é o SUS depois de mergulhar na literatura e nesse contato com a prática, mas eu tive potencializado um pouco daquilo que eu já trazia das minhas vivências de quem usa o serviço [...] Os primeiros contatos foram na

disciplina de Saúde Pública e depois isso vai ser potencializado e vai ser aprofundado com muita qualidade e com muita fundamentação nos estágios, nos projetos de extensão, iniciação científica, grupos de estudos, por aí. É claro que as disciplinas do currículo de base são importantes, sem dúvida nenhuma, elas têm a sua importância, mas elas são mais gerais, elas trazem linhas gerais, cada conjunto de disciplinas vai trazer linhas gerais. Eu sinto e afirmo com segurança que consegui ter esse olhar mais específico, mais amplo para as questões de saúde a partir dos projetos de extensão e pesquisa, mas principalmente os de extensão.

Esta psicóloga relata algo que também é importante ser evidenciado, além da corporificação dos ensinamentos dos professores, os estudantes também têm corporificada a vivência do serviço público de saúde, o que também facilita com que o entendimento a partir do olhar de profissionais da saúde em formação. É possível perceber a partir dos relatos que as psicólogas veem a discussão teórica em sala de aula importante, por mais que os olhares e aprendizados mais específicos se dão na experiência prática por meio dos estágios e projetos. A pesquisa também tem seu lugar diante da aprendizagem, além de possibilitar respostas de perguntas adquiridas em sala de aula e dos estágios e extensões.

(PSICÓLOGA 3) Bom, desde o interesse do curso, meu interesse foi pela atuação na área da saúde mental. Na psicologia que a gente não sabe direito nem o que está fazendo, mas desde sempre eu percebo que teve esse interesse assim, na atuação na área da saúde mental, e esse interesse foi crescendo especialmente por conhecer um pouco das políticas públicas, por perceber ali e saber um pouco mais desse histórico também da Reforma psiquiátrica (e da antimanicomial), isso me instigou mais, o que foi possível principalmente a partir de algumas disciplinas na graduação, e depois fui participar do estágio do AT, por exemplo, que foi por onde eu passei, assim, bastante tempo. [...] e ali talvez tenha sido o espaço em que eu tive mais contato porque foi onde eu me inseri mais, no CAPS, por exemplo, no contato ali, no dia a dia dos usuários e do próprio serviço. Isso na prática. Agora, o contato com a teoria foi também no estágio, mas nas disciplinas, de um modo geral, da grade curricular, que abordavam o tema. Eu fiz duas iniciações científicas com professor R, em psicanálise, mas apesar de ter sido pesquisa teórica na área da psicanálise, sempre teve um olhar voltado também para a prática na saúde mental. De alguma forma, foram pesquisas teóricas, mas que o objetivo inicial do estudo sempre foi pensar a prática com usuário de saúde mental. E no meu mestrado

também a mesma coisa, que eu fui estudar a teoria psicanalítica relacionada ao delírio, então teria ali uma das manifestações de sofrimento também, em contexto, que são situações ali que a gente se depara muito em contexto CAPS, que foram questões despertadas também por essa trajetória ali. Então, congressos também, eventos que a gente fez durante a graduação, mas acredito que ali nos estágios do SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) também, atendimento de um modo geral.

Essa psicóloga além de mencionar o aprendizado teórico obtido a partir das disciplinas mencionadas, também evidencia o aprendizado por meio de atividades extraclasse, pesquisas de iniciação científica, tais como congressos, seminários e outros eventos. Vale destacar que o NEPIS promoveu seminários internos, apenas para os membros do núcleo, e externos, aberto para toda a comunidade, desse modo o NEPIS também contribuiu com muitos dos aprendizados extraclasse, dos quais seus membros participaram. Dos seminários originou livros<sup>14</sup>, com artigos escritos por autores importantes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica que também eram lidos, estudados e utilizados como referência teórica para o estágio em AT

Apesar de todas as experiências, percebe-se que a inserção das Psicólogas entrevistadas na prática, nos serviços de saúde mental, se deu a partir do NEPIS, mais precisamente do AT. Outras psicólogas também relatam que a experiência prática que possibilitou a articulação entre teoria e prática, sendo uma experiência intensa, se deu apenas a partir do AT.

(PSICÓLOGA 4) Eu acredito que em todos os meus estágios eu pude fazer essa articulação. Eu acho que no AT a gente vivia isso de uma maneira mais intensa, porque nós tínhamos supervisão toda semana e a gente ia a campo toda semana. Em termos quantitativos, e até mesmo qualitativos, eu vivi isso mais intensamente no AT. Mas, na maior parte dos estágios em que eu fui a campo, seja na clínica, seja na cidade, eu pude ter essa articulação entre teoria e prática, embora eu ache que, durante a minha trajetória de formação, a vivência de sala de aula, de teoria, é muito maior.

Essa outra Psicóloga relata que o aprendizado deu por muito mais tempo em sala de aula, sendo que muitas das vivências em sala de aula não foram articuladas com as possibilidades

---

<sup>14</sup> Livros originados dos seminários de Saúde e Educação: Seminário 1: Quando acabar o Maluco sou eu (2010); Seminário 2: Que país é esse (2012); Seminário 3: Universidade e Sistema de Saúde: A democratização do Conhecimento (2013); Seminário 5: Mobilização Cidadania e participação comunitária (2016); Seminário 6: Acolhimento e intervenções grupais na rede de atenção psicossocial (2018); Livro construído com outras parcerias: 4 seminários sobre arte e educação - A sabedoria que a gente não sabe (2011).

práticas. A Psicóloga 2 menciona que por mais que haja um aprendizado a partir das teorias dadas em sala de aula, a articulação destes aprendizados teóricos nos serviços aos quais executava enquanto estagiários e após sua formação, já estando inserida no serviço enquanto profissional da saúde, às vezes ainda é difícil essa articulação. Talvez a corporeidade no aprendizado teórico pudesse ter ajudado na diminuição do distanciamento da articulação.

(PSICÓLOGA 2) [...] nas disciplinas a gente acaba aprendendo ali um pouco da teoria, mas não é tão simples, quando a gente vai para a prática mesmo que a gente vai se deparando com as questões envolvidas aí, eu acredito que talvez, eu percebo assim, um amadurecimento grande com relação a essas percepções, a esse conhecimento de como as coisas funcionam e da importância de tudo isso, especialmente da aproximação da vivência em sala de aula com a prática, à medida que eu fui me deparando com algumas dificuldades, depois que eu me formei, com algumas questões relativas ao contexto político também, tanto como usuário do SUS, quanto como psicóloga, tanto nos atendimentos particulares, quanto hoje nos atendimentos que eu faço, com o pessoal que faz uso do serviço. Então, nas disciplinas eu aprendi sim, um pouco ali da teoria, mas foi especialmente quando eu fui de fato trabalhar, que eu consegui me deparar ali com as questões dessa teoria na prática, com as contradições, inclusive, com o nosso papel ali, na construção, de promoção da saúde de modo geral.

Por isso, é importante que haja prática ainda no período da formação para que se depare com as contradições e com as articulações ainda no contexto formativo. Outra psicóloga relata um pouco das diversas possibilidades de prática possibilitadas pelo NEPIS.

(PSICÓLOGA 2) Pelo NEPIS, eu participei de um estágio na Estratégia Saúde da Família, que a gente fala que é a porta de entrada do SUS. A gente sabe que o SUS tem várias portas, mas a atenção básica, enquanto uma das principais portas, essa dimensão do território, desses princípios realmente acontecerem naquela dimensão, eu acho que super aproximou e super deu dimensão para que a gente entendesse isso para além de um conceito, mas para uma dimensão de práticas.

Além das várias possibilidades de prática, os entrevistados também mencionam o estar junto com colegas entusiasmados e animados com o trabalho, que muito possivelmente isso se dava a partir de supervisores que acreditam nas possibilidades do pensar e promover saúde a partir das orientações da Reforma Psiquiátrica. Como diz Paulo Freire (2011), só ensina quem



tem esperanças, e acredita nas potencialidades dos estudantes de transformar a realidade, neste caso promover saúde e autonomia daquelas pessoas que necessitam de cuidados psicossociais.

(PSICÓLOGA 1) Eu sempre vi muita entrega dos colegas e muita responsabilidade. O nosso grupo, no período em que a gente estava, sempre levou muito a sério o trabalho. Eu acho que, não por acaso, conseguimos destacar impactos. As ações e intervenções eram sempre muito impactantes, para os dois lados, para o pessoal que se formou participando dos estágios do AT e para as famílias, para as pessoas e para as próprias equipes também. [...] Então, sem dúvida nenhuma, esse contato com essa dimensão da prática é a potência da coisa. [...] Nas supervisões, a gente via os resultados, não só diretamente nas pessoas que a gente acompanhava, mas você tem um impacto social também quando você começa a criar condições para que pessoas que não circulavam nos espaços públicos comecem a circular.

As disciplinas mais mencionadas pelas psicólogas como geradoras de aprendizado para o trabalho em saúde, Psicologia nas Instituições de Saúde e Psicologia e Saúde Pública, são disciplinas de responsabilidade do NEPIS. Os estágios cuja maior inserção nos serviços da RAPS e no território também se deram a partir do NEPIS, além das disciplinas e estágios, o NEPIS também organiza congressos e seminários, atividades mencionadas pelos entrevistados como possibilitadoras de aprendizado para o trabalho em saúde. Desse modo, é possível considerar o NEPIS como articulador do conhecimento em saúde mental. Sendo importante destacar que todos os supervisores do NEPIS têm formação e experiência no contexto de saúde mental dentro do escopo da reforma psiquiátrica.

## 6. O AT DO NEPIS/UFSJ NA FORMAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O)

As quatro categorias elucidadas no capítulo três e utilizadas como lupa para organizar as informações trazidas por meio das (os) psicólogas (os) entrevistadas (os) nos levam a afirmar que os egressos do estágio em AT conseguem utilizar o aprendizado obtido durante sua formação. O que pode ser exemplificado por trechos das quatro categorias mencionadas. Destacamos então algumas questões presentes nas categorias de:

- **Dialogicidade:** Nesta categoria podemos perceber o quanto as (os) entrevistados percebem a importância da horizontalidade na relação professor-estudante / supervisor-estagiário. Além disso, é destacado por elas (eles) a dificuldade do diálogo com os profissionais da rede, o que fica explícito que elas (eles) estando neste lugar (enquanto profissionais) tentam agir de forma diferente, fazendo o exercício da práxis, atentando-se para as dificuldades vivenciadas enquanto estagiários.
- **Criticidade:** O olhar crítico com relação as pessoas aos quais acompanhavam possibilitou que estejam atentos ao ser biopsicossocial, e não apenas como pessoas cuidados em saúde mental. E diante dos relatos percebemos que este olhar de forma integral de fato acontece nos atendimentos que hoje realizam enquanto profissionais.
- **Práxis:** A ação reflexiva das (dos) entrevistados tem gerado transformações na forma de conceber saúde dos seus colegas de trabalho atualmente, além de gerar transformações na vivência daqueles aos quais hoje atendem. Isso pode ser percebido no convidar a enfermeira para ir junto na casa da pessoa para verificar como se tem separado e tomado medicamento, ir junto do acompanhado ao dentista, incentivar e acompanhar a usuária do serviço a um evento em uma cidade a mais de 300 km, e sobretudo a fala “não vou ficar aqui nesta salinha”. Todos estes relatos revelam a presença da práxis e a vivência atual dos aprendizados adquiridos quando ainda estavam no estágio em AT.
- **Corporificação da palavra pelo exemplo:** as entrevistadas trazem uma memória viva das falas e exemplos dados pelos professores, e destacam a importância da fala corporificada. Além disso, percebemos pelas falas que os professores que tinham a palavra corporificada incentivavam ainda mais a aprendizagem extraclasse, ou seja, seminário, palestras, vivências e até mesmo os estágios e extensão. Torna-se necessário ressaltar, que três das cinco entrevistadas fizeram mestrado, uma no momento da entrevista estava cursando mestrado, e outro estava cursando doutorado e está atuando

como professor universitário. Deste modo, entende-se que percebem o quanto se é necessário uma palavra corporificada pelo exemplo pode auxiliar na formação para atuação em saúde e para atuação enquanto formadores de outros profissionais.

Ao longo do capítulo cinco, O AT como prática educativa, também foi possível perceber que os egressos do curso de psicologia percebem a existência do tripé ensino-pesquisa-extensão em sua formação. Todas as categorias possibilitam a visualização do tripé, sobretudo a categoria práxis se destaca nas elucidações. Todos os entrevistados trouxeram situações que evidenciam, principalmente que se referem aos estudos antes de ir para a prática, e ao voltar dela também estudam, buscam pesquisas para se ter embasamento científico para refletir, criticar e transformar a prática.

Nas entrevistas também é possível perceber que as psicólogas consideram importante a correlação da teoria estudada em sala de aula com os exemplos vivos trazidos pelo docente. Os supervisores do NEPIS também são incentivadores da pesquisa e da busca pelo saber dentro e fora das salas de aula, além de incentivar uma formação pela ação pautada no embasamento teórico e científico. Outra questão que é importante salientar, é que muitas pesquisas de IC, de mestrado e doutorado vieram a ser construídas e efetivadas por questões oriundas do AT do NEPIS, incluindo a dissertação a qual se lê, resulta da participação do estágio em AT.

Tais questões, afirmam que a formação do AT do NEPIS foi pautada no tripé ensino-pesquisa-extensão abarcando a práxis. As ações do AT se davam a partir da correlação entre teoria (adquirida em sala de aula, nos grupos de estudo, congressos e seminários), da leitura e o fazer pesquisas e das práticas eram levadas para os momentos de supervisão, onde se tem uma relação horizontal entre professores e supervisores que tem uma formação alicerçada na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial. As quatro categorias apresentadas no capítulo três auxiliam a perceber que a dialogicidade, a criticidade e a corporificação das palavras pelo exemplo levam aos estagiários de AT a terem uma formação pela atuação, pautada na práxis.

Como foi dito no capítulo dois, O Acompanhamento Terapêutico como prática para formação da psicóloga (o) para o trabalho em saúde mental, Pitiá & Furegato (2009) afirmam que o AT pode ser visto como dispositivo da reforma psiquiátrica, como paradigma clínico e como um importante dispositivo de formação universitária. Trazendo isso, e correlacionando com as entrevistas, fica evidente que o AT do NEPIS de fato cumpre o papel de dispositivo de formação universitária, formando profissionais de psicologia como trabalhadores de novo tipo

como propõe Cerqueira (1984) e afirma Melo (2013). Vale ressaltar, que das (os) cinco psicólogas (os) entrevistadas (os): quatro trabalham ou trabalharam em serviços de saúde mental, cinco em consultório privado, um é mestrando em programa interdisciplinar, três são mestres em psicologia e um é doutorando em antropologia e professor universitário.

Os profissionais egressos do estágio em AT tem uma formação que possibilita com que desempenhem suas atividades profissionais concretizando o cuidado em saúde como propõe a reforma psiquiátrica, mantendo viva a luta antimanicomial. Isso ocorre a partir do olhar para a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental como um ser biopsicossocial e prezando sempre pelo cuidado integral. Além disso, as entrevistas tornam perceptível que os egressos do estágio em AT do NEPIS, hoje profissionais de psicologia, atuam em *settings* diferentes dos tradicionais consultórios, e em muitas vezes promovendo saúde no território, no contexto vivo do acompanhado.

As (os) psicólogas (os), egressos do AT são vistos pelos profissionais das redes de saúde onde atuam, por esses e outros motivos, como profissionais diferentes, que fazem acolhimento de uma forma diferente, que se colocam enquanto parte de equipe de saúde de uma forma diferente. São profissionais que além de terem uma capacidade de exercerem a práxis em seus contextos de atuação, seja com os demais profissionais da equipe, ou com os usuários dos serviços aos quais se inserem, também tem uma enorme possibilidade de formar outros profissionais como trabalhadores de um novo tipo, seja como professores universitários, como coordenadores de equipe, como supervisores clínicos, como supervisor de campo, ou seja, como profissionais da saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho a pergunta que nos orientou foi: Em que medida o estágio em Acompanhamento Terapêutico é pautado pela práxis, isso é, se contribuiu com a formação crítica de Psicólogas (os) para atuação em saúde? Sustentamos que o AT do NEPIS é pautado pela práxis e contribuiu com a formação crítica dos psicólogos (os) egressos do curso de graduação em psicologia da UFSJ, que perpassaram pelo estágio em AT. A pergunta que conduziu a investigação surge a partir da prática nos serviços de saúde mental, e do estranhamento com relação as práticas de alguns profissionais com relação as modificações em favor do acolhimento das pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental, como sugere a reforma psiquiátrica. A jornada acadêmica da pesquisadora tornou-se possível entender que o estágio em AT do NEPIS exerce um papel fundamental na formação das (os) psicólogas (os) que por eles perpassaram.

Levando em conta as orientações para a reforma psiquiátrica, as diretrizes para a formação dos profissionais de psicologia, as questões que segundo Cerqueira (1984) são fundamentais para a formação de profissionais da saúde e ainda as questões trazidas por Paulo Freire (1980, 2011) podemos concluir que as (os) psicólogas (os), egressos de AT do NEPIS, tem uma formação de profissionais de novo tipo, sendo capazes de exercer a práxis por meio da criticidade, dialogicidade e da corporificação da palavra pela experiência.

O estudo de caso aqui apresentado, demonstra a importância e necessidade das unidades de formação de profissionais, sobretudo a de profissionais da saúde, especialmente à formação da (o) Psicóloga (o) seja de fato norteadas pelo tripé Ensino-Pesquisa-Extensão, aproximando o ensino ao trabalho em saúde e que possam estar atentas à necessidade de formar profissionais da saúde para atuar na saúde pública tendo como base seus princípios e objetivos, e tornando concreta a proposta de “formar trabalhadores de novo tipo” aptos à atuação diante da reforma psiquiátrica.

Os resultados obtidos nesse trabalho têm grandes possibilidades de ser visto como uma potência e alcance transformador viabilizado pelo exercício de investigar criticamente o problema de pesquisa proposto, e mostrar que é possível formar profissionais capazes de atuar sob a perspectiva da integralidade, sob a ótica da Clínica Ampliada e com possibilidades de olhar o indivíduo em sua complexidade e integralidade. Tais questões são apontadas nas diretrizes de formação da (o) psicóloga (o), o qual deve ser objetivo de todas as unidades de ensino superior.

Reconhece-se que ao utilizar o estágio de Acompanhamento Terapêutico do NEPIS – UFSJ partindo de uma perspectiva crítica poderia ter sido desvelado um posicionamento de denúncia, no que se refere à formação de profissionais da Psicologia da UFSJ, sobretudo dos egressos do estágio em AT. Porém, percebemos que não houve críticas negativas com relação a formação, apenas algumas sugestões de leituras e estudos de modo a ampliar o olhar integral para com as pessoas atendidas pelo estágio.

Desse modo o resultado da pesquisa pode nortear a estruturação de estágios para a unidades formadoras de profissionais da saúde, sobretudo formadoras de psicólogas (as), e deve levar em conta a formação pautada no tripé ensino-pesquisa-extensão, além disso, a importância da criticidade, dialogicidade, corporificação da palavra pelo exemplo e a práxis são fundamentais ao processo de aprendizagem. Sabemos que o SUS também é responsável pela formação de profissionais para o trabalho em saúde, porém como diz Paim (2009) o sistema não consegue fazer milagres enquanto estiver sendo restringido em termos de financiamento e os problemas de gestão. Então cabe a nós professores universitários, psicólogas (os), trabalhadores da saúde e sociedade civil fazermos a nossa parte principalmente nos tempos atuais, onde temos uma gestão governamental que é favorável ao desmonte e sucateamento do SUS e principalmente no que se refere a saúde mental.

Também é importante questionar se os trabalhadores da saúde têm tido seus direitos garantidos, durante as entrevistas percebe-se que nem todos, o baixo salário, a sobrecarga de trabalho diante do baixo número de servidores e da grande demanda, a ausência de supervisão institucional tem influenciado muito no resultado do trabalho e no processo de adoecimento dos servidores. Onde fica o cuidado do cuidador? Também percebemos no governo atual o não incentivo a pesquisa, o que poderia gerar inúmeras possibilidades para o campo da saúde brasileira, mas a insistência em um não investimento nos setores essenciais para a nutrição do SUS tem revelado um verdadeiro desleixo com a população brasileira.

Pensar uma continuidade desta pesquisa torna-se pertinente, pois é possível perceber diversas lacunas deixadas. Uma delas é como tem sido a experiência dos demais psicólogas (os) egressos da UFSJ que não perpassaram pelo estágio em AT? Também conseguem perceber o tripé ensino-pesquisa-extensão como eixo base em sua formação?

Diante de conversas como coordenador do NEPIS e proponente do estágio em AT, percebemos que durante a passagem pelo estágio alguns estudantes não concordavam com algumas propostas e formas de atuações do AT, porém nas entrevistas é percebido que o AT é

visto por todos como um “potente”<sup>15</sup> agente formador das (dos) psicólogas (os) egressos da UFSJ. Talvez essa diferença se dê pelos profissionais se depararem com as dificuldades cotidianas do serviço, e que os aprendizados obtidos ao longo do processo formativo, sobretudo no AT os ajude a superar.

Faz-se necessário aqui dizer também sobre a minha formação, no qual participei de outros estágios ofertados pela UFSJ e do AT. As passagens pelos estágios que possibilitavam a aprendizagem a partir da práxis foram de suma importância para sua formação pessoal e profissional. Estar inserida na rede perceber os desafios e possibilidades da atuação faz com que eu reflita criticamente a cada dia minha prática. Além disso, a curiosidade a qual gerou essa dissertação também vem a partir da forma com a qual visualizo todo o processo de aprendizagem a qual fui inserida.

Portanto, o AT do NEPIS/UFSJ possibilitou aos estagiários uma formação crítica e a articulação entre teoria e prática. A formação das (os) psicólogas (os) como profissionais da saúde se estende de maneira continuada para uma atenção integral articulada com a rede de saúde, pautada no diálogo com os usuários do serviço e a comunidade de um modo geral, alinhada a diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O processo formativo ofertado a partir do AT a partir da dialogicidade, criticidade e da práxis possibilita além da corporificação da palavra pelo exemplo, a continuidade da desconstrução da mentalidade carcerária e a continuidade da luta antimanicomial. O AT funcionou, portanto, como um estágio e, mais ainda, como uma estratégia pedagógica para a formação de profissionais de novo tipo.

---

<sup>15</sup> A palavra potente se encontra entre aspas pois foi elucidada inúmeras vezes ao se referir ao lugar que o AT do NEPIS encontra em seu percurso formativo.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Fiocruz.
- Atenção hospitalar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos Humaniza SUS; v. 3. (2011). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf)
- Campos, G. W de S. (1996/1997) A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografiaCLINICAampliada.pdf>
- Campos, G. W. S. et al. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, 18(1), 983-995 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Campos, G.W.S; Cunha, G.T. & Figueiredo, M. D. *Práxis e Formação Paideia: apoio e gestão em saúde*. Hucitec.
- Ceccim R. B., Feuerwerker L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Cellard, A. (2008). A análise documental. In: Poupart, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Vozes.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria social — problemas brasileiros de saúde mental*. Atheneu.
- Cézar, M. A. & Melo, W. (2018). Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25(1), 127-142.
- Chizzoti, A. (2000) *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. (4ªed.). Cortez.
- Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.(2009). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**  
[ção/const.](#)
- CRP MG, C. R. d. P., & Melo, W. (2018). CRPMG - Psicologia em Foco *Saúde, Território e Clínica Ampliada: uma experiência de formação de profissionais de novo tipo*, realizado no dia 16/05/18. FACEBOOK.  
<https://www.facebook.com/crpmg/videos/1705715146164935/>
- Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2004). A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde- Notas teóricas. In: Bosí, M. L. M.; Mercado, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Vozes.
- Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia ciência e profissão*.32(1), 232-245 <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido*. (41ªed).Paz e terra.



- Freire, P. (2014). *Política e educação*. (1ªed). Paz e terra.
- Gomes, R. A. (1994). Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: minayo, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. (3ª ed).Vozes.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1996) *Micropolítica. Cartografias do desejo*. Vozes.
- Lancetti, A. (2009). *Clínica peripatética* (4ª ed.). Hucitec
- Lancetti, A. & Amarante, P. D. C. (2006). Saúde Mental e saúde coletiva. In: Campos, G. W. S. et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.(1990) [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Lemke, R. A., Silva, R. A. N. (2011). Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Manguinhos*..21(1), 15-35.
- Mattos, R. A. de. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).*Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1411-1416.<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
- Mello, R. A., & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão* 39(1),1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Melo, S. R. B., Melo, W. (2022). O apoio matricial como cooperação entre artífices no campo da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 26(e210278): 1-13.
- Melo, W. (2013). *Oswaldo dos Santos*. Fundação Miguel de Cervantes.
- Moreira, N. Q., & Oliveira, P. F. d. Rio de janeiro (2010). *Quando acabar o maluco sou eu*. Espaço Artaud. <https://doi.org/9788561658021>
- Minayo, M. C. de S. (2007). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. (10ª ed).Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (Org.). (2002). *Pesquisa Social: Teoria método e criatividade*. (21º ed.) Petrópolis.
- O Humaniza SUS na atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS(2009). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)
- Paim, J. S. (2009) O que é o SUS. Fio Cruz

- Pitiá, A. C. A. & Furegato, A. R. F. (2009). O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 67-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>
- Pitiá, A. C. A. & Santos, M. A. (2005). *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. Vetor. Portaria 1174/GM de 7 de julho de 2005.(2005). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174\\_07\\_07\\_2005\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html)
- Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. (2005) [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Resolução 597. Parecer Técnico nº 346/2018, de 13 de setembro de 2018. (2018). <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/11/2018&jornal=515&pagina=199>.
- Rézio, L. de A; Moro, T. N; Marcon, A. R. & Fortuna, C. (2015). Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19 (Suppl. 1), 793-803. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0673>
- Rossi, F. R. & LIMA, M. A. D. da S. (2005). Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 305-310. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>
- Sá-Silva, J. R. et al. (2009) Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1)
- Sampaio, R. F. & Mancini, M.C. (2007) Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*.11(1), p.83-89.
- SENNETT, Richard. (2009). *O artífice*. (2ªed). Record.
- Silva, C. M. da. (2018) *O Acolhimento enquanto Desafio e Possibilidade na Prática Psicossocial em Saúde Mental*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de São João del-Rei.
- Thomaz, M. V. (2018). *Repensando o acompanhamento terapêutico no campo da saúde mental: contribuições da teoria ator-rede* .
- Triviños, A. N. S. (1995). *Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação*. (4ª ed). Atlas.
- Trombetta, L. C. & Schimidt, H. F. (2015). *A dialogicidade no ensino superior na perspectiva de paulo freire*. [https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/trombetta\\_schmidt.pdf](https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/trombetta_schmidt.pdf)

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIMENTO (TCLE)

**Pesquisa: O acompanhamento terapêutico na formação da (o) psicóloga (o)**  
**Responsável: Raquel Lázara Alves Severino**

Você está sendo convidado a participar como voluntário do estudo “O acompanhamento terapêutico na formação da (o) Psicóloga (o)”. Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: “Avaliar, a partir da perspectiva dos egressos do curso de Psicologia da UFSJ, em que medida a atuação no estágio em Acompanhamento Terapêutico, organizado pela equipe NEPIS – UFSJ, entre agosto de 2013 e dezembro de 2018, contribuiu na sua formação universitária”, e caso você participe, será necessário participar de entrevistas, que terão seus áudios gravados.

Não há intenção de que a pesquisa implique quaisquer riscos e/ou desconfortos. Porém, caso sinta algum incômodo em compartilhar informações e/ou responder perguntas, você não precisará responder/participar dos procedimentos, podendo solicitar a interrupção dos mesmos à pesquisadora. Esta atuará com a intenção de providenciar o encerramento da ação que induzir ao desconforto sem questionamento, buscando, assim, promover condição de conforto e bem-estar.

É importante ressaltar que não serão realizados quaisquer tipos de avaliação sobre seu tempo que esteve no estágio, muito menos será avaliado seu trabalho atual. O foco do estudo são os discursos, as relações e percepções acerca do processo de formação e aprendizagem. As informações relatadas/observadas durante os procedimentos de produção de dados não permitirão sua identificação por outras pessoas, pois você será identificado com um número. Com isso, pretende-se evitar quaisquer riscos ou benefícios individuais resultantes de sua

participação. Os benefícios esperados são de âmbito da formação da (o) psicóloga (o) para atuação em saúde, pois a pesquisa poderá oferecer diagnóstico do processo de formação da instituição de formação e ensino profissional UFSJ, sobretudo do estágio em Acompanhamento Terapêutico do NEPIS – UFSJ podendo promover a qualificação e melhoramento do processo de ensino e aprendizagem do mesmo, o que está estreitamente relacionado à qualidade da formação da (o) Psicóloga (o) para o trabalho em saúde da atenção oferecida aos usuários dos serviços de saúde e à organização dos processos de trabalho dos profissionais.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a responsável pela pesquisa e/ou com o comitê de ética da Universidade Federal de São João del-Rei, cujos contatos e endereços estarão a seguir.

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPES

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Dom Bosco

Endereço: Praça Dom Helvécio, N° 74, Sala 2.56, São João Del Rei-MG. CEP: 36.301-160

E-mail: [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br)

Telefone:(32) 3373-5479

Pesquisadora responsável: Raquel Lázara Alves Severino

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei – Departamento de Psicologia

Endereço: Campus Dom Bosco, Praça Dom Helvécio, N° 74, PPGPSI, Sala 1,53, São João Del-Rei – MG. CEP: 36.301-160

E-mail: [raquellazaraalves@gmail.com](mailto:raquellazaraalves@gmail.com)

Telefone: 37 99158-3244

Caso o assine, receberá uma via deste termo, devidamente assinada por você e a pesquisadora, com as páginas rubricadas.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li

E/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me ocorrerá nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário e Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável – Raquel Lázara Alves Severino RG 15.100-178

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DESTINADA À PESQUISA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Pesquisa: O acompanhamento terapêutico na formação da (o) psicóloga (o) Responsável e entrevistadora: Raquel Lázara Alves Severino**

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Como você se autodeclara:  Branco  Indígena  Pardo  Preto  Quilombola  
 Sem declaração (  ) Outro \_\_\_\_\_

Mês e ano de início e conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

Demais formações além da graduação em Psicologia (Cursos de curta ou longa duração, especialização, mestrado, doutorado, curso técnico etc.): \_\_\_\_\_

Período em que participou do estágio em AT (mês e ano) \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Houve outra ocupação anterior a essa (posterior a graduação)? Qual? \_\_\_\_\_

Gostaria de receber os resultados da pesquisa? \_\_\_\_\_

Contato (E-mail, telefone, WhatsApp): \_\_\_\_\_

Tempo da entrevista: \_\_\_\_\_

Questões gerais sobre a formação em psicologia:

1. O que você entende por promoção de saúde da pessoa que necessita de cuidados em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica?
2. Durante seu percurso formativo no curso de Psicologia na UFSJ, em quais momentos em que você teve contato com formação para atuação em saúde mental (disciplinas/estágios/pesquisa)?
3. Em qual (ou quais) momento foi possível articular teoria e prática durante sua formação em psicologia?
4. Você participou de grupos de estudos, pesquisa, extensão e/ou estágios ligados a saúde (além do AT)? Quais?
5. Atualmente você atua, ou já atuou em algum momento em serviços de saúde após sua formação em Psicologia?
6. Você aprendeu sobre o SUS

Questão sobre o AT e sua formação a partir dele:

- I. Você considera que aprendeu sobre o SUS e sua organização participando do AT?
- II. Estando no AT, quais foram os momentos de maior aprendizado para você enquanto psicóloga (o)?
- III. Quais as estratégias e/ou condutas terapêuticas realizadas por você ou por um de seus colegas que mais te marcou?
- IV. Você considera que o AT possibilitou você e aos seus colegas aprendizado pela prática?
- V. Você considera que o AT proporcionou associação entre teoria e prática?
- VI. O que você atualmente pensa que seria importante ter aprendido no AT e não aprendeu?
- VII. Durante o estágio você aprendeu, ou ao menos ouviu falar sobre clínica ampliada, integralidade, olhar o usuário da rede como ser biopsicossocial?
- VIII. Você considera que as atuações do AT estavam dentro do escopo da Reforma Psiquiátrica?
- IX. Você acredita que no AT foi possível promover a saúde da população, além de assegurar aprendizado ativo durante a formação discente?

- x. No AT era possível promover Análise crítica sobre a própria atuação?
- xI. Quais aprendizados do AT você utiliza ou utilizou em algum momento após sua saída do estágio?