



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Fiorati, Regina Célia; Saeki, Toyoko

O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e
respeito à singularidade

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 12, núm. 27, outubro-diciembre, 2008, pp. 763-772

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114108007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade

Regina Célia Fiorati¹
Toyoko Saeki²

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. Therapeutic follow-up during hospitalization: social inclusion, redemption of active citizenship and respect for singularity. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.763-72, out./dez. 2008.

This study was carried out in a psychiatric crisis hospitalization unit, with the aim of drawing up a proposal for implementing therapeutic follow-up, as part of the therapeutic program at this unit. The concept of therapeutic follow-up was envisaged as an important resource to be included in psychosocial rehabilitation projects, with the following goals: linking users with extra-hospital services, avoiding rehospitalization and achieving inclusion in social networks. The study consisted of an exploratory-descriptive case study with a qualitative approach to the data. Participant observation and a field diary were the techniques used for data gathering and recording. The difficulties experienced were correlated with the spheres of social networks, family, institutional relationships and society. The results included heeding the patient's and the family's suffering and including users in social networks, extra-hospital services and community organizations.

Key words: Mental health. Mental health services. Therapeutic follow-up. Rehabilitation. Social inclusion.

Esta pesquisa foi realizada em unidade de internação psiquiátrica de crise, com objetivo de elaborar proposta de implementação do acompanhamento terapêutico (AT), para compor o programa terapêutico dessa unidade. Trabalhou-se com a concepção de acompanhamento terapêutico como recurso importante para integrar projetos de reabilitação psicossocial, tendo as seguintes finalidades: vincular o usuário em serviço extra-hospitalar, evitar as reinternações hospitalares e inclusão na rede social. A pesquisa constituiu um estudo de caso exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Como técnica de coleta e registro dos dados, utilizou-se a observação participante e o diário de campo. As dificuldades vivenciadas relacionaram-se com esfera das redes sociais, família, relações institucionais e sociedade. Os resultados incluíram: acolhimento do sofrimento do portador e da família; inclusão dos usuários em redes sociais; serviços extra-hospitalares; e organizações comunitárias.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Acompanhamento terapêutico. Reabilitação. Inclusão social.

¹ Terapeuta ocupacional. Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Rua Graciliano Ramos, 100, ap. 21. Ribeirão Preto, SP 14.051-039 reginafiorati@yahoo.com.br
² Enfermeira. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

Introdução

Os movimentos pela reforma psiquiátrica, oriundos da Europa Ocidental e Estados Unidos, há meio século, chegaram ao Brasil há, aproximadamente, trinta anos. Apesar dos incontestáveis avanços conquistados, nos deparamos com um cenário no qual os objetivos eticamente orientados para a abolição dos tratamentos de cunho manicomial estão longe de serem alcançados em sua plenitude, no Brasil (Amarante, 1995).

Trabalhando e pesquisando na área de saúde mental, observamos problemas na implementação das diretrizes da reforma psiquiátrica, a partir da qual o objetivo central das ações e dos serviços de saúde mental passa a ser a substituição do modelo hospitalocêntrico e a construção de espaços de tratamentos inseridos na comunidade. Entretanto, o que presenciamos é um processo de novo tipo de cronificação da doença mental, que se apresenta nos serviços que nasceram com a missão de substituir o manicômio e que não prescindem, na realidade, da internação hospitalar; e, sendo assim, observamos alguns problemas com parcela de usuários que vivenciam aumento importante do número de suas internações hospitalares.

Dessa forma, com base no trabalho desenvolvido nessa unidade, evidenciamos alguns problemas apresentados por alguns usuários, que dificultavam seu processo de tratamento, os quais se relacionavam com o impacto da doença e a fragilidade do portador de transtorno mental e de sua família frente ao processo de adoecimento. Além disso, o portador apresentava uma série de dificuldades diante de aspectos sociais que, geralmente, o colocava na condição de excluído das esferas de inter-relacionamento sociais. Outros problemas somavam-se a esses, os quais constituíam obstáculos importantes à manutenção de qualidade mínima de vida dos sujeitos com transtornos mentais: ruptura com redes sociais, não aderência aos tratamentos ambulatoriais, e carência de tratamentos, além do medicamentoso, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Com base no consenso pactuado entre os serviços de saúde mental do município no qual se dá a pesquisa e sob orientação do gestor local, após a alta hospitalar, o usuário é encaminhado a um serviço ambulatorial ou de semi-internação de saúde mental para seguimento do tratamento psiquiátrico. No entanto, nesses serviços extra-hospitalares do município em questão não havia (ou havia de forma limitada) outros recursos terapêuticos, além do médico-medicamentoso, e o usuário permanecia, entre um retorno médico e outro, desassistido de qualquer alternativa terapêutica, além desse atendimento. Nesse processo, o usuário, freqüentemente, abandonava o tratamento, o que tinha como consequência recidiva na crise psicótica e nova internação hospitalar.

Diante desses problemas, percebemos a importância de cuidado mais individualizado a esses usuários, que apontasse, minimamente, para a possibilidade de recuperação de aspectos importantes de produção material de sua vida, indicando outras formas de assistência e inserção social, e evitasse o circuito vicioso das reinternações hospitalares e o processo de cronificação da doença.

Perante o quadro do aumento das internações hospitalares, evidenciadas na unidade de internação, da falência de alguns tratamentos em nível ambulatorial e da realidade de desvinculação de redes sociais desses usuários, pensamos que o acompanhamento terapêutico (AT)³ poderia representar ferramenta privilegiada para trabalhar no cuidado aos portadores de transtornos mentais que se apresentavam inseridos nessa problemática. Por ser uma prática clínica que se caracteriza por se desenvolver fora dos espaços institucionais e tradicionais de tratamento, e ser realizada, sobretudo, nos espaços públicos, no ambiente

³ Na literatura referente ao assunto, usa-se a abreviatura AT para acompanhamento terapêutico, e at para acompanhante terapêutico.

domiciliar e social do paciente, o AT poderia apresentar estratégia importante para proporcionar maior vivência com a problemática familiar e as dificuldades instauradas. Da mesma forma, por se constituir uma forma individualizada de atendimento, propiciaria, por meio do vínculo terapêutico, a criação de formas mais eficazes de elaboração do sofrimento e a produção de relacionamentos afetivos mais significativos para o portador. Além disso, pensamos que o AT representaria um caminho potencial de inserção em redes sociais e movimento de inclusão social.

A pesquisa, portanto, teve, como objetivo central, elaborar proposta de implementação do acompanhamento terapêutico para integrar o programa terapêutico da unidade de internação hospitalar.

A opção metodológica que utilizamos, no caminho percorrido nesta pesquisa, constituiu-se de estudo de caso, exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Para a coleta dos dados, utilizamos a observação participante e, para o registro dos dados, o diário de campo. Realizamos a observação participante por meio de dez atendimentos em AT com usuários da unidade de internação, encaminhados pela equipe técnica da unidade e a partir das reuniões clínicas da equipe.

Os atendimentos em AT foram realizados por nós, no interior e fora da unidade hospitalar, em acompanhamentos nas ruas da cidade, na casa do usuário, em serviços extra-hospitalares (Centro de Atenção Psicossocial II-CAPS II, hospital-dia e ambulatórios de saúde mental da cidade e região), e em organizações sociais da cidade, tais como: Casa da Cultura da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Centro de Formação Profissional da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, e uma escola da rede pública de ensino. Os acompanhamentos foram registrados por nós, no diário de campo, e os registros continham tanto a descrição dos acontecimentos durante os atendimentos, como as nossas impressões, decorrentes do vínculo inter-relacional estabelecido e vivenciado por meio do encontro intersubjetivo dos parceiros envolvidos, usuário e terapeuta.

A unidade de internação psiquiátrica na qual realizamos a pesquisa integra um hospital psiquiátrico da rede pública de saúde, da esfera estadual, no município de Ribeirão Preto, SP, e é referência para 25 municípios que compõem a região administrativa que tem esse município como centro. O hospital possui área de moradores que integram o projeto de residências terapêuticas em parceria com o município e uma unidade de internação de crise, cuja unidade masculina sediou a pesquisa.

A internação hospitalar nessa unidade é indicada para os casos nos quais se apresenta, em algum nível, certo grau de risco à integridade física do paciente ou de pessoas próximas a ele, e se dá por meio de encaminhamento da rede pública de saúde e saúde mental da região e município, passando por central de regulação de vagas.

Nos últimos anos, no entanto, verificamos aumento de reinternações hospitalares, apontando para novo processo de cronificação, após a construção de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Nesse sentido, o AT nos pareceu instrumento importante para identificarmos as dificuldades do portador e sua família, e responder aos problemas vivenciados no processo de adoecimento ao criar, em sua prática, novas possibilidades para o usuário, de forma a facilitar para esse a produção da sua própria vida. De acordo com Porto e Sereno (1991) e Barretto (1998), essa clínica constitui processo de intervenção na vida e cotidiano do paciente, com produções e construções de acontecimentos, de novas formas de subjetivação e reconstrução de uma história pessoal. Porém, no nosso caso, não dispúnhamos de tempo prolongado de intervenção, pois o período de internação na unidade era relativamente breve. Assim, o AT que realizamos teve as seguintes finalidades: acolher o sofrimento, por meio da escuta e sustentação, facilitar a readaptação sociofamiliar, estabelecer vínculos mais eficazes com a sociedade, vincular em serviços extra-hospitalares, inserir em redes sociais, e evitar o processo de cronificação. Além da proposta de implementação do acompanhamento terapêutico nessa unidade de internação, que constituiu nosso objetivo central, a pesquisa teve como objetivos específicos: caracterizar os pacientes atendidos em acompanhamento terapêutico, conhecer os fatores que motivaram a indicação do AT e identificar as dificuldades encontradas na realização dessa atividade.

Acompanhamento terapêutico: estratégia inclusiva da pessoa em sofrimento psíquico

O acompanhamento terapêutico, por ser uma prática que resgata o direito de usufruir da vida pública para a pessoa que foi sistematicamente excluída desses espaços, constitui forma de atenção ao sujeito que recupera a ação de circulação mundana e social, interrompida a partir do adoecimento, potencializadora de trocas e intercâmbios sociais, no sentido de articulação com as esferas de produção material e simbólica da vida e na busca de espaços na cultura, nos quais as formas particulares de existência psicótica encontrem expressão, valor e legitimação (Carvalho, 2004).

Dessa forma, vimos uma conexão importante entre o AT e as reflexões que alguns autores (Costa-Rosa, 2000; Saraceno, 1999) fazem sobre a reabilitação e o modo de atenção psicossocial.

A reabilitação psicossocial é entendida como um conjunto de estratégias que, ao invés de capacitar o sujeito por meio de ações normalizadoras e normatizadoras, propõe, ao indivíduo em sofrimento, caminhos no sentido de que ele possa produzir valor e sentido social, com base no resgate da capacidade de produzir sua própria vida, ao recuperar a contratualidade como cidadão. Assim, preconiza formas de atuação as quais centram seu foco na recuperação da capacidade de o sujeito recriar sua vida na cultura, por meio de ações no mundo reconhecidas e legitimadas, e inserir-se nos sistemas de trocas sociais (Saraceno, 1999).

Costa-Rosa (2000), por meio do conceito de alternatividade, como modo de ser de uma dada realidade que se contrapõe a outra, na forma de uma contradição, analisa dois modos de atenção em saúde mental: o asilar e o psicossocial. Esses dois modos de atenção, contraditórios entre si, também são alternativos, pois suas constituições essenciais são opostas entre si. O autor compara esses modelos e sublinha algumas características do modo psicossocial como alternativo na atenção em saúde, porque olha o homem em sua diversidade biopsicossocial, reposiciona o sujeito como agente produtor e transformador, incluindo-o socialmente, organiza instituições horizontalizadas, apóia-se na interdisciplinaridade, permite a participação popular e a singularização do sujeito. Segundo o autor, o modelo psicossocial atribui toda a importância ao sujeito, mobilizando-o como agente principal do próprio tratamento, buscando a auto-administração. Quanto à forma de trabalho, o modelo psicossocial substitui a dimensão técnico-científica, típica do modelo asilar, e apóia-se em dimensão que privilegia o olhar ético-estético, no qual os projetos são constituídos com base na interdisciplinaridade, enfocando a dimensão do simbólico (psíquico e sociocultural) em oposição ao modelo orgânico, no modo asilar.

Ainda, de acordo com Costa-Rosa (2000), o modo psicossocial é apontado como aquele que permite novas formas de sociabilidade, apoiadas na interação dialógica. Os clientes saem da posição de interdição, mutismo e imobilidade, na qual são tutorados e agenciados pelos técnicos, para assumirem a interlocução, o livre trânsito e reposicionarem-se como sujeitos dentro da dimensão subjetiva, sociocultural e histórica.

Se nos reportamos aos acontecimentos priorizados e mobilizados no AT, percebemos que os objetivos, princípios e finalidades são muito semelhantes àqueles descritos dentro de um campo de estratégias da reabilitação psicossocial.

Porto e Sereno (1991) destacam o AT como sendo intervenção que reconecta o sujeito com o circuito social, alinha o mundo psicótico à cultura e propicia a descoberta de espaços, nos quais as manifestações idiossincráticas do sujeito em sofrimento psíquico possam encontrar expressão. Além disso, o AT possibilita a reconstrução de uma história pessoal, na qual o sujeito seja o agente e volte a exercer sua potencialidade vital.

Barretto (1998) salienta que o acompanhamento terapêutico desencadeia um processo pelo qual o sujeito em sofrimento possa inscrever sua subjetividade no mundo e, dessa forma, repersonalizar-se por meio do desenvolvimento de uma existência criativa e, não, adaptativa, em relação à cultura.

O AT é prática de trocas em que os intercâmbios sociais estão na base dos acontecimentos construídos nos atendimentos. Da mesma forma, é prática interdisciplinar sem demarcações territoriais de saberes ou excesso de identidades, como lembra Saraceno (1999). O AT promove a saúde no mais aberto dos espaços, transita pela cidade e apropria-se dela como lugar de habitação e convivência coletiva, campo de negociações e de exercício de contratualidade social e cidadania (Marinho, 2006).

Sob nosso ponto de vista, portanto, o AT constitui instrumento importante para integrar projetos centrados em um modo de atenção psicossocial, pois ambos: estabelecem práticas que se opõem às formas manicomiais de tratamento e alinham-se às propostas da reforma psiquiátrica; compõem ações de resgate da contratualidade como cidadão; representam formas de cuidado que se apóiam na singularização do sujeito, na medida em que implica o indivíduo em sua dimensão subjetiva, sociocultural e histórica; são práticas de trocas, pois os intercâmbios sociais estão na base das construções e acontecimentos possíveis, e constituem práticas interdisciplinares, sem demarcações de territórios e fragmentação dos saberes e práticas (Fiorati, 2006).

Percurso metodológico

Os estudos que têm seres humanos como foco principal e, portanto, envolvem procedimentos, processos e relações que dizem respeito ao universo subjetivo das existências humanas, produções e acontecimentos que ocorrem dentro de determinadas realidades e redes sociais, e se encontram inseridos em determinados contextos históricos, constroem-se dentro de um campo de intersubjetividades, caracterizado por relação de comunicação entre universos culturais, compartilhados entre pesquisador e pesquisado. Esse campo intersubjetivo de troca e intercâmbio constante condiciona o processo do conhecimento e, assim sendo, não pode ser medido por meio de técnicas operacionalizáveis quantitativamente (Costa, 2002).

O tipo de estudo que empreendemos encaixa-se nesse caso, portanto, a nossa opção metodológica foi o estudo de caso exploratório-descritivo com abordagem qualitativa dos dados. Utilizamos a observação participante como técnica de coleta de dados e, para o registro dos dados, usamos o diário de campo. A opção por abordagem qualitativa na pesquisa respondeu à necessidade de se explicar a realidade humana, dentro de um universo que não pode ser apreendido por meio de dados operacionalizáveis, numa realidade quantificada e objetivada sem se levar em consideração os valores, significados, crenças, idealizações e outros que intermedeiam todo processo de construção do conhecimento (Minayo, 1992).

Outro aspecto primordial, contemplado por nós e por envolver seres humanos, foi a postura ética com a qual pautamos todo o processo e, sobretudo, os atendimentos que constituíram o foco central do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e aprovado pela Diretoria Clínica do Hospital Psiquiátrico que sediou a pesquisa, sendo submetido à equipe técnica da unidade de internação. Os usuários foram convidados a participar dos atendimentos e da pesquisa, e a apresentação da proposta era feita ao portador de transtornos mentais e família, em reunião da própria equipe, na qual eram informados sobre o objetivo dos atendimentos, sobre a total liberdade para participar ou não da pesquisa, sem nenhum prejuízo, e sobre a garantia de sigilo absoluto da identidade.

A observação participante foi a técnica de coleta de dados que utilizamos, e foi desenvolvida durante os próprios atendimentos. A observação nos propiciou, por um lado, imergir no universo cultural e cotidiano do pesquisado e, por outro, apreender elementos da relação intersubjetiva estabelecida por meio dos atendimentos. Os dados coletados eram registrados em diário de campo, no qual eram historiados os acontecimentos, assim como as impressões subjetivas decorrentes do processo terapêutico.

O encaminhamento desses pacientes para o acompanhamento terapêutico veio da equipe técnica da unidade e foram atendidos por nós no próprio hospital, durante o período de internação hospitalar, e nas altas licenças (internação domiciliar). Os atendimentos se deram: dentro dos espaços hospitalares, na residência do usuário, nas ruas e em espaços abertos ao público.

A análise dos dados foi realizada com base no conteúdo registrado no diário de campo. Por meio de leituras atentas e sucessivas, delineamos alguns elementos que integraram o conjunto de informações que foram tratadas à luz dos objetivos específicos: a caracterização dos usuários atendidos, o conhecimento dos fatores de encaminhamento desses usuários para o AT, e identificação das dificuldades vivenciadas no processo.

Discussão dos dados e resultados

Atendemos dez usuários no período de dezembro de 2004 a julho de 2005. Eram homens, por se tratar de unidade masculina, entre trinta e cinquenta anos, portadores de transtornos mentais graves, e que vinham de processo longo de tratamentos na rede pública de saúde mental, marcados por biografia repleta de rupturas sociais e repetidas internações hospitalares, com breves estadias em serviços extra-hospitalares e histórias de tratamentos fracassados. Seus relacionamentos interpessoais estavam fragmentados, casamentos interrompidos ou nunca iniciados. Essas pessoas mantinham-se desvinculadas de redes de relacionamento social, não namoravam, não tinham amizades ou qualquer ligação interpessoal espontânea. A mãe era a figura que se mantinha como elemento de sustentação, mas extenuada, em alguns casos. Os usuários atendidos por nós interromperam seus processos de escolaridade ou atividade profissional devido ao adoecimento mental e encontravam-se apartados de qualquer atividade produtiva. Embora, nas fichas de internação dos usuários atendidos, constassem os diagnósticos de esquizofrenia paranóide e transtorno afetivo bipolar (episódio depressivo), para o AT que realizamos, o que importava era o processo existencial marcado pelas experiências de sofrimento vivenciadas por essas pessoas.

Os fatores que levaram essa equipe a encaminhar tais usuários para o AT foram: carência de vínculos sociais e exclusão dos espaços de trocas e intercâmbios; falta de apoio e não aderência ao tratamento extra-hospitalar; conflitos e rejeição familiar ao doente, e falta de orientação no manejo do paciente; alto índice de reinternações hospitalares; gravidade do quadro psicopatológico, e prevenção a processo de cronificação.

As principais dificuldades percebidas durante o processo de pesquisa estão relacionadas às próprias dificuldades vividas pelo portador de transtornos mentais e que nos remetem às esferas das redes sociais, à família, às relações institucionais e à sociedade.

No que diz respeito às redes sociais, evidenciamos, em todos os casos atendidos, desconexão com qualquer dimensão organizada de rede social, a começar na família, na qual o portador permanecia com papel marginal aos papéis cotidianos e ordinários da convivência familiar; e na comunidade, igualmente, esse paciente mantinha desconexão generalizada com qualquer grupo social organizado. Assim como o portador se apresentava excluído das esferas de intercâmbio social, tanto em relação aos sistemas de trocas sociais quanto das esferas de produção da vida. A nosso ver, isso se deve ao processo no qual fica submetido o portador, que é a cronificação do processo psicótico, ou seja, uma vida marcada pelo diagnóstico da incurabilidade, diagnóstico que, muitas vezes, adquire o valor de veredicto, ao levar para o distanciamento progressivo entre os atores sociais e o portador (Fiorati, 2006).

Assim, observamos que, ao mesmo tempo em que ocorria processo de desistência da família em relação ao paciente, também se operava distanciamento dos técnicos de saúde frente às dificuldades inerentes a esses casos mais complexos - quadro que se insere no processo de cronicização dos serviços extra-hospitalares que, ao invés de se constituírem substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, trazem, para seu modo de tratamento, aspectos e características de ações típicas do modelo manicomial, reproduzindo, dessa forma, o processo de exclusão do portador de transtornos mentais (Desviat, 1999).

Para tanto, diante das dificuldades encontradas em relação aos projetos de reabilitação, fomos procurar alternativas de inclusão para esses usuários, além dos serviços de saúde, em organizações sociais na comunidade. O que, de um lado, se mostrou vantajoso no sentido de apontar alternativas sociais para essas pessoas, mas, por outro, flagra a omissão desses serviços no que diz respeito à integralidade das ações, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), não cumprido em tais instâncias (Campos, 1992).

Caminhamos, nesse movimento, por organizações não-governamentais, associações culturais, órgãos governamentais de cultura e de treinamento profissional, e escola de segundo grau da rede pública de ensino. Nessas organizações, inserimos os usuários em curso de computação, jardinagem, desenho artístico, cabeleireiro, centro de convivência e escola. Entretanto, em alguns momentos, as impossibilidades sociais barravam desejos que se mostravam incompatíveis com a racionalidade de uma sociedade tecnificada. Como mostra o caso de um acompanhado que sonhava ser arquiteto, mas que, aos poucos, foi elaborando a idéia de se inscrever em curso de desenho artístico.

Em relação à esfera familiar, propriamente dita, observamos a desistência da família frente ao seu membro que adoeceu mentalmente e, assim, se instaurava certa deterioração nas relações familiares. As famílias relatavam que acontecia sobrecarga nos cuidados e desalento em face das dificuldades, e que isso se devia ao processo de desassistência a que se viam submetidos, quando os serviços só apresentavam o recurso dos retornos médicos, mas não auxiliavam no manejo do paciente para aderir adequadamente ao tratamento.

Da mesma forma, observamos processo de culpabilização das famílias, imputado pelos técnicos de saúde, como responsáveis pelo adoecimento e pelos insucessos no tratamento (Melman, 2001). Este, por sua vez, tem como raiz o próprio processo de formação da família moderna brasileira, dentro da constituição do Estado capitalista no Brasil. Isto é, um certo poder médico, em conexão com os objetivos políticos desse Estado, impõe às famílias norma familiar para a construção de condutas dóceis necessárias à constituição de um modo de sociabilidade exigido pela nova ordem política (Costa, 1983). E isso se observa até hoje, na medida em que vemos orientações técnico-científicas sendo impostas às famílias sem, contudo, se levar em consideração qualquer dimensão política e antropológica, nas quais essas famílias se inserem.

Para nossa prática, o acompanhamento terapêutico mostrou ser recurso valioso, pois, além de nos proporcionar entrar em contato diretamente com essas famílias, por meio dos atendimentos domiciliares, possibilitou acolher o sofrimento desses familiares e, igualmente, a elaboração de novos arranjos no cuidado ao portador, e, assim, minimizar as atitudes de desistência.

No que diz respeito às relações institucionais, em todos os serviços de saúde mental, deparamo-nos com muitos aspectos manicomiais incrustados nas formas de tratamento e atenção ao portador. Na unidade de internação hospitalar, embora saibamos que o projeto terapêutico dessa unidade alinha-se com os objetivos da reforma psiquiátrica e com um modo de atenção psicossocial, vimos que essas prerrogativas não eram aplicadas de forma consensual e uniforme pelo conjunto dos trabalhadores. De acordo com nossa observação, evidenciamos ações de alguns trabalhadores no sentido de preterir os cuidados individuais ao paciente em face de algumas normas de funcionamento da unidade, ou seja, vimos as regras burocráticas de funcionamento da instituição se sobreporem às necessidades individuais do portador. Nesse mesmo sentido, deparamo-nos com práticas autoritárias e/ou infantilizadoras do paciente, ações que ameaçavam e acusavam em detrimento de manejo terapêutico, contenções físicas e químicas recorrentes e o não uso das próprias vestimentas, com apenas uma troca diária.

Diante desses entraves institucionais observados, a prática do AT mostrou-se igualmente relevante, pois, ao apresentarmos projetos terapêuticos individuais, contribuimos com discussões em várias instâncias, por meio da nossa participação nas reuniões de equipe, com base nas quais revimos muitos desses aspectos manicomiais, e a equipe pôde reformular essas ações em várias oportunidades. Além disso, a própria intervenção inerente ao AT, ao individualizar o cuidado, levou em conta a decisão do paciente sobre o tratamento proposto e a inclusão da dimensão do desejo do usuário em todo o processo.

Deparamo-nos, entretanto, com esses mesmos aspectos manicomiais nos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Nesses locais, evidenciamos a culpabilização das famílias e portadores frente às dificuldades instauradas, a desistência e a desresponsabilização dos técnicos de saúde em face das complexidades apresentadas pelos casos mais difíceis. Além disso, observamos: vínculos codificados; procedimentos cristalizados e ritualizados em relação aos cuidados aos pacientes; as certezas técnico-científicas inabaláveis em territorialização de saberes e excesso de identidades profissionais; concentração de poder na ação médica em um serviço ainda organizado sob modelo, prioritariamente, médico-psiquiátrico, e a ausência de projetos terapêuticos individuais. O processo de desistência dos técnicos de saúde frente às dificuldades, a nosso ver, tem duas funções: o encobrimento da desresponsabilização dos técnicos frente à construção de novas formas de atenção e à impotência terapêutica diante da falência do ideal curativista de um modelo centrado na enfermidade, e não no sujeito e seu sofrimento.

Essas crenças, no entanto, valores que estão na base desses entraves burocrático-institucionais, não acontecem no vazio, mas encontram terreno fértil, no qual se reproduzem na própria sociedade, uma sociedade capitalista e globalizada, criadora de valores sobre a posse e compra de bens, e em que tudo

pode se tornar mercadoria, até mesmo os valores (Costa, 2004). Dessa forma, o portador de transtornos mentais é excluído das várias esferas do social, pois não produz, nem movimenta bens e mercadorias (a não ser medicamentos e tratamentos), portanto, esse sujeito se vê geralmente destituído de valor e de contratualidade social como cidadão. Ao mesmo tempo, vemos esse portador destituído de um cotidiano devido aos aspectos insólitos de suas condutas, pois suas mensagens e afetos são incompreensíveis perante os códigos culturais dessa sociedade e relegados ao mundo da desrazão.

Contudo, o acompanhamento terapêutico mostrou ser estratégia muito importante para o programa dessa unidade de internação hospitalar, pois, além de implementar prática mais humanizada e singularizada, a todo momento direcionou as ações no sentido da inclusão social do portador de transtornos mentais, assim como propiciou, efetivamente, maior comunicação com a rede de saúde mental do município e da região, pois, em alguns serviços extra-hospitalares, conseguimos a adesão de alguns usuários atendidos, facilitando sua permanência na comunidade e evitando reinternações hospitalares. Além disso, por ser atendimento que muitas vezes explorou o ambiente domiciliar do paciente, o AT possibilitou o acolhimento do sofrimento dos familiares e, conjuntamente com as famílias, apontou para novos arranjos no cuidado ao portador, minimizando as atitudes de desistência. Diretamente com o portador, o AT abriu potenciais de construção de novas formas de subjetivação e elaboração do sofrimento, assim como provocou sua inserção em redes sociais e em atividades culturais ou profissionalizantes em organizações sociais da comunidade. Da mesma forma, essa prática propiciou terreno fértil para maior democratização nas relações institucionais e dispositivo importante na prevenção ao processo de cronificação.

A realização do AT com esses usuários, apesar das dificuldades apontadas, possibilitou elaborar proposta de implementação do AT para integrar o programa terapêutico da unidade de internação para crise aguda dos transtornos mentais, que sediou a pesquisa, cujas finalidades foram: auxiliar os usuários que apresentem alguma dificuldade na obtenção da alta hospitalar; oferecer dispositivo de prevenção aos processos de cronificação; mobilizar a ação para evitar outras internações hospitalares; facilitar a permanência do portador na comunidade, e favorecer o tratamento extra-hospitalar.

Os usuários que apresentam a demanda do AT são encaminhados pela equipe técnica da unidade de internação, nas seguintes situações: usuários que apresentem problemas no relacionamento familiar e obstáculos em seu retorno sociofamiliar; que estejam em estado de abandono social e/ou isolamento social importante e necessitem de apoio para se integrarem em rede social; que apresentem quadro psicopatológico grave e persistente; que apresentem alto número de reinternações hospitalares, e aqueles que apresentem necessidade de se vincular em serviço extra-hospitalar de saúde mental, ou organização social na comunidade. Além disso, o enquadre no qual se dá essa atividade terapêutica fica submetido ao projeto terapêutico individual, discutido e elaborado caso a caso, conjuntamente com a equipe terapêutica da unidade e os usuários encaminhados. E, ainda, essa atividade deverá ser aberta para campo de estágio para profissionais e estudantes de cursos superiores da área de saúde, ressaltando a interdisciplinaridade que marca o AT em suas especificidades e propriedades teóricas e práticas.

Assim sendo, em nossa opinião, toda ação de saúde e de saúde mental, ou todo projeto de reabilitação, tem de incluir, sobretudo, a construção de um cotidiano, com o indivíduo em sofrimento, no qual o insólito das existências singulares e das expressões idiossincráticas dos indivíduos psicóticos possa encontrar valor, inserção e legitimidade.

Considerações finais

O processo de pesquisa abriu-nos um campo de possibilidades no que diz respeito aos benefícios propiciados pela aplicação do acompanhamento terapêutico com os usuários atendidos nesse estudo. Isto é, essa prática mostrou-se rica em recursos que podem ser desenvolvidos pelos projetos de reabilitação, mas também em ações pontuais, para as quais está colocada uma série de dificuldades que marcam os casos mais complexos.

Na década de 1990, nos primeiros encontros e reuniões de acompanhantes terapêuticos, muito se discutiu sobre a possibilidade da implementação do AT na rede pública de saúde. Alguns profissionais

que exerciam essa função terapêutica argumentavam que a clientela atendida nos serviços públicos de saúde mental, com outros referenciais de compreensão das esferas de público e privado, não pertencia ao mesmo universo simbólico das produções técnico-científicas dos terapeutas e suas alternativas.

Atualmente, temos exemplos de serviços públicos de saúde que já incluem a prática do AT em seus projetos terapêuticos, tais como: o AT desenvolvido com crianças com problemas com a lei, dentro de um programa da prefeitura de São Paulo⁴; no Rio Grande do Sul, um projeto elaborado por equipe do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a Prefeitura de Porto Alegre, ofereceu o acompanhamento terapêutico em serviços extra-hospitalares da rede pública de saúde mental, entre outros (Palombini, 1998).

No nosso caso, o AT comprovou ser recurso útil e valioso desenvolvido junto ao programa terapêutico dessa unidade de internação para crise aguda do transtorno mental, que integra a rede pública de atendimento à saúde mental.

Mas, sobretudo, no que diz respeito às ações norteadoras de nossas intervenções, essas sempre se pautaram pela preocupação e pelo foco no trabalho de resgate e recuperação, no sujeito, da capacidade de produção material e simbólica da vida, de um viver criativo, por meio do qual esses usuários pudessem inscrever sua marca pessoal na cultura, por intermédio de ação constante de recriação da vida no mundo e na realidade compartilhada.

⁴ Informação verbal na mesa-redonda "AT, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade", durante o I Congresso Internacional de acompanhamento terapêutico: singularidade, multiplicidade e ações cidadãs (Pitiá, 2006).

Colaboradores

A autora Regina Célia Fiorati participou de todas as etapas de elaboração do artigo. O autor Toyoko Saeki participou da elaboração do artigo, de sua discussão e da revisão do texto. Toyoko Saeki participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- BARRETTO, K.D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com D. Quixote e Sancho Pança. 1.ed. São Paulo: Unimarco, 1998.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CARVALHO, S.S. **Acompanhamento terapêutico**: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004.
- COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- _____. **Ordem médica e norma familiar**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA, M.C.S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.10, n.3, p.372-82, 2002.
- COSTA-ROSA, A.O. Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap. 8. p.141-68.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FIORATI, R.C. **Acompanhamento terapêutico**: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

MARINHO, D. Das teias familiares à encarnação da águia. In: SANTOS, R.G. (Org.). **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.133-41.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

PALOMBINI, A. Psicopatologia na vida cotidiana. In: GRUPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO CIRCULAÇÃO (Org.). **Cadernos de AT**: uma clínica itinerante. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. p.45-52.

PITIÁ, A.C.A. AT, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: SINGULARIDADE, MULTIPLICIDADE E AÇÕES CIDADÃS, 1., 2006, São Paulo. **Mesa-redonda...** São Paulo: Associação de Acompanhamento Terapêutico, Brasil (AAT)/Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la Republica Argentina (AATRA)/Sociedad Peruana de Acompañamiento Terapéutico (SPAT)/Asociación Española de AT (CALLE), 2006.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre o acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p.23-30.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Baságlia, 1999.

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. Acompañamiento terapéutico en la internación hospitalaria: inclusión social, rescate de ciudadanía y respeto a la singularidad. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.763-72, out./dez. 2008.

Esta investigación se realizó en una unidad psiquiátrica de crisis, con objeto de elaborar propuesta de implemento de acompañamiento terapéutico (AT), para componer el programa terapéutico de esta unidad. Se ha trabajado con la concepción de acompañamiento terapéutico como recurso importante para integrar proyectos de rehabilitación psicosocial con las siguientes finalidades: vincular al usuario en servicio extra-hospitalario, evitar las internaciones repetidas en el hospital y en la red social. La investigación constituye un estudio de caso exploratorio-descriptivo con datos aproximados de calidad. Como técnica de colecta y registro de los datos se ha utilizado la observación participante y el diario de campo. Las dificultades afrontadas se relacionan con la familia, redes sociales e institucionales. Los resultados incluyen: acogida del sufrimiento del portador y de la familia, inclusión de los usuarios en redes sociales, servicios extra-hospitalarios y organizaciones comunitarias.

Palabras clave: Salud mental. Servicios de salud mental. Acompañamiento terapéutico. Rehabilitación. Inclusión social.

Recebido em 30/08/07. Aprovado em 21/07/08.