



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Grossi dos Santos, Lúcia; Meirelles Motta, Juliana; Bechelany Dutra, Maria Cristina
Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VIII, núm. 3, septiembre, 2005, pp. 497-514
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017541007>

- 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

Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses*

Lúcia Grossi dos Santos
Juliana Meirelles Motta
Maria Cristina Bechelany Dutra

O artigo apresenta o acompanhamento terapêutico como modalidade clínica no tratamento da psicose, criada a partir da reforma psiquiátrica e que vem se firmando no contexto da desospitalização psiquiátrica. Além de um estudo histórico do surgimento desse dispositivo clínico, o trabalho pretende discutir as funções do acompanhamento terapêutico, a sua particularidade dentro do trabalho de equipe no tratamento da psicose e seu papel na reinserção social do psicótico.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico, clínica, psicose

* Este artigo é resultado de um projeto interdisciplinar (Psicopatologia e Psicanálise) financiado pelo Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC) da Universidade FUMEC.

Grupo de pesquisa vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Saúde Mental da Universidade FUMEC.

Introdução

O presente artigo retrata a pesquisa intitulada “Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico na reinserção social do psicótico”, desenvolvida como projeto interdisciplinar financiado pelo Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC) da Universidade FUMEC, iniciada em março de 2003 e concluída em fevereiro de 2004.

Inicialmente, com o objetivo de conhecer mais profundamente e organizar as informações hoje disponíveis sobre o tema do Acompanhamento Terapêutico, realizamos uma extensa pesquisa bibliográfica. Posteriormente, um questionário foi elaborado e aplicado a 14 Acompanhantes Terapêuticos vinculados a instituições psiquiátricas públicas e privadas atualmente em exercício em Belo Horizonte: seis psicólogos ligados à Clínica Urgentemente; seis psicólogos do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ) junto ao Fórum de Belo Horizonte, que se mantiveram nessa instituição a partir de estágios durante a graduação; e dois Terapeutas Ocupacionais que se estabeleceram como Acompanhantes Terapêuticos a partir da prática institucional com psicóticos. Com este questionário, utilizando o método da análise do discurso, buscamos descrever o perfil do profissional responsável pelo Acompanhamento Terapêutico em Belo Horizonte, enfocando dados como sua formação profissional, o número de casos acompanhados e seus diagnósticos, a forma de encaminhamento, as relações do Acompanhante Terapêutico¹ com o paciente e com os outros profissionais envolvidos no tratamento e suas concepções acerca de suas funções.

Histórico

Segundo Ayub (1996), o primeiro trabalho de Acompanhamento Terapêutico, dataria de 1937, quando Secheyaye, psicanalista suíça, teria treinado uma enfermeira para cuidar de uma paciente esquizofrênica. Nesse momento, evidentemente, o Acompanhamento Terapêutico representava tão

1. Utilizaremos a partir de agora a abreviação AT para designar o Acompanhante Terapêutico.

simplesmente uma possibilidade de intervenção clínica e não uma prática instituída dentro do campo da saúde mental.

Barretto (1997) e Martin et al. (1993), por sua vez, afirmam que Acompanhamento Terapêutico como o conhecemos hoje, teria surgido na Argentina, no final da década de 1960. Com uma pesquisa mais aprofundada neste aspecto histórico, Reis Neto (1995) confirma esta origem mostrando que o AT, inicialmente chamado de Amigo Qualificado, era um dos protagonistas de uma equipe especializada que integrava o CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria), dirigida pelo dr. Eduardo Kalina.

O trabalho do CETAMP era feito sem vinculação necessária a qualquer estabelecimento psiquiátrico, embora ele se associasse algumas vezes às comunidades terapêuticas. O aparato conceitual deste trabalho é a teoria psicanalítica, embora haja na experiência do CETAMP uma ruptura com a ortodoxia técnica vigente na Argentina de orientação kleiniana (Reis Neto, 1995). O interesse maior na experiência do CETAMP era que nela o AT figurava entre os outros profissionais, sem qualquer relação de subordinação. Neste sentido, era uma experiência que antecipava o que hoje chamamos de “prática feita por muitos”.

Em 1971, duas psicólogas da equipe do CETAMP publicam o livro *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, numa primeira tentativa de elaboração teórica sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico. O livro, publicado no Brasil em 1985, parece ter preenchido um vácuo teórico sobre essa prática e, dando certa visibilidade ao trabalho do AT, passa a ser referência obrigatória para aqueles que trabalhavam na função de acompanhar o psicótico das mais variadas maneiras. Assim, uma nomeação e uma caracterização mais estrita do papel do AT surgem como resultado do trabalho desenvolvido e formalizado no CETAMP. Desde então o AT se firmou como uma modalidade no tratamento da saúde mental, também no Brasil.

Um dos aspectos dominantes desta prática, destacados por Mauer e Resnizky (1985), era a noção de abordagem múltipla, vinculada, de certo modo, à idéia de trabalho em equipe. O AT nunca trabalha sozinho, ele terá ao menos um outro profissional comprometido com o tratamento do paciente acompanhado.

A Clínica Pinel de Porto Alegre, comunidade terapêutica inspirada no modelo de comunidades terapêuticas americanas, foi a primeira a utilizar essa “nova” figura, na época sob o nome de Atendente Psiquiátrico, cuja função era auxiliar os pacientes psicóticos internos. O Atendente Psiquiátrico entrava em ação sempre que o caráter terapêutico da comunidade falhasse, ajudando o sujeito a participar da comunidade. Podemos pensar que esta era uma forma de reinserção, mas cuja ênfase clínica era a comunidade. A comunidade era pensada como fonte de relações saudáveis. Não se sabe ao certo se a criação da figura do Atendente Psiquiátrico na Clínica Pinel se deu por influência das comunidades terapêuticas

de Buenos Aires ou se esta clínica foi pioneira neste aspecto, pois há uma contemporaneidade em relação à introdução deste agente na Argentina e no Brasil, particularmente no Rio Grande do Sul.

O trabalho da Clínica Pinel, segundo a pesquisa de Reis Neto, foi pioneiro no Brasil e muito influenciou a criação em 1969, no Rio de Janeiro, da Clínica Villa Pinheiros, centro de tratamento inspirado na psiquiatria dinâmica com sustentação teórica psicanalítica. A experiência da Villa Pinheiros representou um marco na prática do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, na medida em que o Auxiliar Psiquiátrico da Villa deixou de trabalhar exclusivamente no interior da instituição psiquiátrica e conseguiu levar o acompanhamento para fora do hospital. Na Villa, a importância da relação do sujeito na comunidade terapêutica vai dando lugar à importância da relação deste com o fora da clínica, havendo assim uma ampliação do campo social (Reis Neto, 1995). Entretanto, é de se destacar que neste momento o Auxiliar Psiquiátrico encontrava-se ainda vinculado à instituição hospitalar e o trabalho envolvia pacientes que se encontravam internados.

O Auxiliar Psiquiátrico tinha as mais variadas funções: medicar, conter, entreter, acompanhar o paciente em atividades fora do hospital, como visitas à família, passeios, licenças e ajudá-lo na reorganização de suas atividades durante o período da internação. Do ponto de vista teórico, pouco se pensou sobre a problematização do uso dos auxiliares e o que isso representava; tratava-se apenas de um recurso que mostrava uma certa eficácia empírica (ibid.).

Simultaneamente ao trabalho realizado dentro da comunidade terapêutica, alguns psiquiatras começaram a indicar o Auxiliar Psiquiátrico a seus pacientes, durante os momentos de crise, com o intuito de se evitar internações. O Auxiliar Psiquiátrico permanecia assim, 12 ou 24 horas junto ao paciente, fazendo revezamento com companheiros de equipe em turnos que variavam de quatro a seis horas, alternados com enfermagem noturna.

Como instrumento clínico, o Auxiliar Psiquiátrico participava no estabelecimento do diagnóstico e de estratégias de tratamento, colaborando de maneira decisiva nos projetos terapêuticos. Foi reconhecido como um pesquisador de campo que testava a capacidade do sujeito de relacionar-se com o outro do social, avaliando aquelas áreas que se encontravam mais comprometidas e mais adaptadas, registrando reações adversas, sendo capaz de perceber motivações e projetos. Como podemos perceber, há algo nessa prática que sempre diferenciou o lugar do auxiliar do da enfermagem.

O Auxiliar precisava deixar de lado um nome que o fazia permanecer numa posição de subordinação e adotar um outro que lhe conferisse uma maior autonomia. Entretanto, com o passar do tempo, a designação de Amigo Qualificado, proposta pelo grupo do CETAMP, que apontava para um trabalho amistoso e assistencial, passou a não se adequar àquilo que realmente representava

o trabalho, principalmente por não delimitar a relação assimétrica que havia entre o terapeuta e o paciente. O título Amigo Qualificado foi abandonado, desta vez dando lugar à denominação AT.

É interessante notar que, concomitante a estas mudanças de denominações, há uma espécie de delimitação do perfil do AT. Se antes não se exigia do Auxiliar Psiquiátrico nenhum tipo de conhecimento específico, atualmente todos os profissionais que realizam o Acompanhamento Terapêutico são do campo psi, vindos da psiquiatria ou da psicologia e, mais raramente, da terapia ocupacional. Como ressalta Ribeiro (2002): “Tal mudança de nome vem não só dar um testemunho de modificação na clínica da psicose como também cobrar do acompanhante o seu novo endereço, ou seja, o lugar onde ele se situa nessa clínica e de onde ele fala” (p. 79).

Posteriormente a esta iniciativa realizada no Rio de Janeiro, constata-se a abertura de comunidades terapêuticas com a presença da figura do Auxiliar Psiquiátrico também em São Paulo, com a criação, em 1979, do Hospital Dia *A Casa*. São Paulo vai se destacar no cenário nacional principalmente nos anos 1990 com a publicação dos trabalhos da equipe de Acompanhantes no livro *A rua como espaço clínico*. Esse livro testemunha uma certa vontade de independência histórica do grupo de São Paulo. Podemos verificar isso no texto de Porto e Sereno (1991) em que os autores reconhecem a existência de um trabalho semelhante na Argentina, mas afirmam que as formulações desenvolvidas pelo grupo de *A Casa* baseiam-se unicamente naquilo que foi acumulado na experiência prática em dez anos de trabalho, desde que o Acompanhamento Terapêutico foi introduzido no Hospital-Dia.

Segundo Greco (2000), as primeiras experiências com acompanhantes terapêuticos em Belo Horizonte surgiram simultaneamente à implantação de comunidades terapêuticas (Centro Psicoterapêutico, Centro Terapêutico Comunitário Santa Margarida), em meados dos anos 1970. Essas experiências foram conduzidas por psiquiatras/psicanalistas na sua atividade clínica, mas sem qualquer forma de institucionalização. O interesse dos profissionais e estudantes pela atividade do AT foi desvalorizado no meio psi de orientação lacaniana, pela afirmação de que “o acompanhante não ocupava o lugar do analista, prestando-se apenas às identificações imaginárias”, como se essa modalidade terapêutica contribuísse ainda mais para a alienação do sujeito. Só a partir de 1997, com o trabalho da equipe da *Clínica Urgentemente*, o AT recupera seu prestígio dentro do tratamento das psicoses e incita os profissionais a formularem hipóteses teóricas sobre este dispositivo clínico que tem se afirmado como elemento importante na possibilidade de estabilização dos pacientes.

A *Urgentemente* foi fundada por um grupo de profissionais que trabalhava na rede pública de saúde mental, dentro da perspectiva da Luta Antimanicomial

e da reforma psiquiátrica. A proposta inicial era criar uma moradia protegida e um hospital-dia. Mas a questão do deslocamento dos pacientes, ou seja, da circulação dos pacientes pelo espaço que liga a rede de atendimento (ambulatório, consultório) à moradia, colocou de forma contundente a necessidade de um profissional que pudesse acompanhar esses pacientes. No início são aceitos profissionais formados em Psicologia ou Terapia Ocupacional que se submetem à supervisão dos profissionais da clínica e a uma supervisão geral de Nelson Carrozo, da clínica *A Casa* de São Paulo.

Sentindo necessidade de preparar melhor os profissionais para esta atividade, cuja particularidade é a de ser dificilmente delimitada, talvez tanto quanto a própria psicose, a *Urgentemente* cria, a partir de 1998, um curso de formação de dois anos para estes profissionais. O curso conjugava prática supervisionada e discussão clínica com disciplinas de psicopatologia, psicofarmacologia, psicanálise e sistêmica, enfocando a psicose. Estes profissionais serão recomendados de acordo com o projeto terapêutico proposto pela equipe clínica. Mesmo funcionando como profissionais liberais, os acompanhantes terapêuticos trabalham na perspectiva da rede, ou seja, o seu projeto terapêutico deve estar inserido no projeto terapêutico da equipe. Existem critérios clínicos para a recomendação da inclusão do AT no tratamento da psicose. Os serviços da *Urgentemente* são demandados pelos psiquiatras não apenas no momento de saída do hospital, mas no momento de crise, tentando evitar a internação. Desse modo ela pode ser descrita como uma clínica particular que trabalha dentro da perspectiva da rede e do movimento de desospitalização.

Em Belo Horizonte, temos ainda nos hospitais psiquiátricos da rede pública uma clientela que não possui uma necessidade de tratamento em regime de internação, porém não apresenta possibilidades de reinserção familiar ou social. É nesse contexto do serviço público de saúde mental, enfrentando o desafio da desospitalização, que o AT surge como um elemento fundamental na passagem do hospital para a casa (moradia protegida), na busca de uma interação do paciente psicótico com seu contexto social.

A Prefeitura de Belo Horizonte implantou o Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP), a partir da criação de moradias protegidas que contam com o trabalho de estagiários para o serviço de acompanhamento terapêutico. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário aparece também como lugar de demanda dos serviços do AT que fazem a mediação entre a instituição jurídica e a instituição de tratamento psiquiátrico. O Hospital Raul Soares também vem utilizando esse dispositivo para pacientes internados. Estes dados parecem apontar para o reconhecimento, por parte dos órgãos públicos municipais, da eficácia destes serviços na perspectiva da reinserção social do psicótico.

Funções do Acompanhamento Terapêutico

Como vimos acima, o Acompanhamento Terapêutico foi se diferenciando daquele trabalho mais ortopédico do Auxiliar Psiquiátrico e foi ganhando maior amplitude em sua atuação, bem como autonomia e respeito por parte dos outros profissionais da equipe. Entretanto, falar de sua função não parece ser tarefa fácil. A função do AT é de difícil abordagem na medida em que sua tarefa, na maioria das vezes, é objetivamente definida pelo profissional que reivindica seu trabalho. Vale destacar que muitas vezes os efeitos do atendimento extrapolam o objetivo inicial a partir do qual se deu a indicação, daí as dificuldades contidas neste âmbito.

Talvez possamos afirmar que sua função também pode variar, além do aspecto apontado acima, a partir da concepção teórica com a qual a equipe que trata do paciente trabalha, na medida em que o Acompanhamento Terapêutico é, de maneira geral, indicado pelos profissionais que conduzem o tratamento do paciente, ou seja, seu psiquiatra ou psicoterapeuta.

Encontramos no trabalho da pesquisa bibliográfica diversos artigos que abordam as funções do AT a partir do estudo de casos clínicos individualizados, estas sendo, portanto, mutáveis de acordo com o caso em questão: seu diagnóstico, o projeto terapêutico, o momento de tratamento.

Parece tratar-se de consenso entre os diversos autores que o Acompanhamento Terapêutico é prioritariamente indicado para pacientes com grave desorganização psíquica ou com dificuldades de integração social. Dentro desta lógica, o trabalho do AT seria indicado para pacientes psicóticos, neuróticos graves, drogaditos, alcoólatras e portadores de síndrome de Down. Neste sentido a principal função do AT poderia ser definida como a de facilitador da inserção social.

Apesar da multiplicidade de casos, algumas observações são comuns na maioria dos textos lidos. Uma delas diz respeito às diferenças deste método em comparação com os outros métodos psicoterápicos convencionais no que concerne ao *setting*. O *setting* do Acompanhamento Terapêutico nunca será um *setting* definido, como o é o consultório do psiquiatra ou do terapeuta: seu *setting* é *ambulante*. O AT circula no hospital, na rua e em casa. Participa da dinâmica familiar como observador ou mesmo fazendo intervenções; vai com o paciente ao cinema, ao clube, ao banco ou às compras. Vai à academia, auxilia na escola ou mesmo nas atividades mais íntimas, como o cuidado com a higiene.

Mauer e Resnizky preocuparam-se em especificar um elenco de oito funções desempenhadas pelo AT. Como o livro pretende ser um manual introdutório a uma estratégia clínica, ele enumera as funções sem discutir muito os limites ou os problemas de determinadas afirmativas. Procura ser o mais direto

possível lançando mão de exemplos em alguns dos itens. Podemos dizer que até os dias de hoje esse foi o único texto que apresentou as funções do AT dessa forma. Outros textos apresentam uma certa trajetória do trabalho do AT sempre apoiada no exemplo clínico, mas nenhum dos textos consultados propõe uma outra lista de funções.

Consideramos portanto importante retomar esse elenco de funções:

1. Conter o paciente. No sentido de ser continente, oferecer-se como suporte tal qual um “agasalho humano”.
2. Oferecer-se como modelo de identificação.
3. Emprestar o ego.
4. Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente.
5. Informar sobre o mundo objetivo do paciente.
6. Representar o terapeuta.
7. Atuar como agente ressocializador.
8. Servir como catalisador das relações familiares.

Podemos comentar estas funções dividindo-as em dois grupos: um primeiro grupo daquelas que tornaram-se um certo consenso (qualificamos como consenso aquilo que aparece reiteradamente não só na bibliografia consultada como nas entrevistas feitas pela equipe da pesquisa) é composto pelas funções de número 4, 5 e 7. A possibilidade de desenvolver estas funções apóia-se no fato de o AT ter um contato mais intenso com o acompanhado, circulando com ele nos espaços de sua existência. Digamos que estas funções poderiam se aplicar idealmente a todos os casos. Do ponto de vista clínico, por mais que varie a orientação teórica, todos concordam em dizer que o AT tem uma visão privilegiada do paciente, pode trazer informações precisas e valiosas para a equipe, que ele pode favorecer o desenvolvimento das potencialidades do psicótico sustentando a dimensão desejante do sujeito e ajudando a diminuir suas inibições; nesse sentido ele é realmente um agente ressocializador. Um segundo grupo, que chamaremos de funções polêmicas, poderia ainda ser subdividido em dois: as funções 1, 2, 3 que dizem respeito à relação acompanhante/acompanhado e as funções 6 e 8 que dizem respeito a um terceiro, ou seja, um outro que tem uma relação com este acompanhado.

Analisando mais de perto as três primeiras funções podemos afirmar que existe aí uma orientação que privilegia o ego, tomando claramente o acompanhante como aquele que possui um ego saudável, um ego a ser imitado. Parece-nos, aqui, que as autoras refletem uma orientação teórica dominante nos Estados Unidos e conhecida como Psicologia do ego.

Reis Neto (1995), fazendo a crítica do texto de Mauer e Resnizky, lembra a dimensão de trocas intersubjetivas inerente a toda relação humana, mas adverte para o caráter de sugestão que pode dominar a relação impedindo o

desenvolvimento de uma certa autonomia do paciente. Além disso, lembra que o termo identificação não é suficientemente precisado pelas autoras. Lembremos que o processo de identificação foi trabalhado por Freud em vários momentos de sua obra (1914 em “Sobre o narcisismo: uma introdução”; 1917 em “Luto e melancolia”; 1921 em “Psicologia de massas e análise do ego”; e 1923 em “O ego e o id”, principalmente). A identificação é para Freud um ponto de ligação essencial entre o sujeito e o social.

Lacan, desde o início de sua obra, mostra que a identificação comporta um ponto de alienação (“O Estágio do espelho como formador da função do eu”, 1936/1946). A questão seria, então, o que deve ser essa identificação para que ela não seja uma simples sugestão, ou seja, para que o AT não funcione como um ideal a ser imitado, mas, ao contrário, impulse um trabalho de autonomia do sujeito?

Oferecer-se como modelo ou emprestar o Ego podem ser maneiras de falar desse “corpo a corpo” do AT com o acompanhado, que é sempre difícil já que se trata de um paciente para o qual os recursos terapêuticos tradicionais falharam. Reis Neto argumenta com precisão que a única forma de lidar com os impasses dessa relação é pensá-los sob a ótica da transferência (que quase sempre ganha contornos erotomaníacos ou persecutórios nos casos de psicose). A questão relevante seria então a do manejo da transferência, o que vai depender dos recursos do próprio AT.

Quanto à questão de representar o terapeuta (função número 6), ela também levanta vários problemas. Se não há realmente uma hierarquia do saber na equipe a qual pertence o AT, não há porque pensar em representação. Os vínculos do paciente com os membros da equipe serão singulares, marcados por traços transferenciais específicos. É nesse ponto que consideramos importante pensar a noção de rede. Fazem parte da rede aqueles com os quais o paciente mantém um vínculo importante. Não se sabe de antemão a quem o paciente vai dirigir suas questões e quais são os “pontos” dessa rede que melhor contribuem para o processo de ressocialização.

Do mesmo modo, a última das funções, a de ser catalisador das relações familiares, é uma função que não pode ser definida *a priori* para o AT. A família também pode perceber o AT na vertente persecutória, invasiva e, neste caso, é importante que ele possa contar com outros elementos da equipe para a relação mais direta com a família.

É preciso reconhecer o mérito do texto de Mauer e Resnizky, que ao tentar definir as funções do AT, reúne uma série de questões a serem enfrentadas teoricamente por aqueles que se dedicam à prática e à formalização deste trabalho no campo da Saúde Mental. Mas lembremos que as autoras definem o AT a partir

de uma perspectiva da assistência social, apesar de reconhecerem que o profissional que exerce esta função deve ter uma formação clínica, sobretudo a propósito do funcionamento psíquico das psicoses.

Fundamentação teórica

Um outro tópico a ser discutido diz respeito à fundamentação teórica deste trabalho. A prática do Acompanhamento Terapêutico nos dias de hoje é reconhecidamente orientada pela psicanálise. O Acompanhamento Terapêutico nasce justamente da introdução das comunidades terapêuticas que fazem a crítica ao modelo de atendimento da psiquiatria clássica e propõem um modelo terapêutico baseado no vínculo interpessoal e não mais exclusivamente na contenção medicamentosa e na exclusão. A psicanálise é, sem dúvida, a grande referência teórica que orienta a prática clínica destas novas instituições.

O crescimento da demanda em relação aos serviços do Acompanhamento Terapêutico aumentou muito com o movimento da luta antimanicomial. A criação de Centros de Referência em Saúde Mental, de moradias protegidas para os pacientes sem condições de retorno às famílias, abriu o campo da Saúde Mental para o AT que, antes, tinha sua atuação restrita a pacientes de clínicas particulares ou pacientes graves em tratamento psiquiátrico.

Hoje um grande número de estudantes de psicologia vem fazendo estágio em Acompanhamento Terapêutico. Os cursos de psicologia entram então como parceiros do serviço público disponibilizando estudantes e supervisores. Esta prática, no entanto, deve propiciar o debate teórico.

Sabemos que Freud tinha restrições à aplicação da psicanálise à terapêutica das psicoses, porém isso nunca impediu que ele se interessasse pelo que a psicose podia ensinar em termos do funcionamento psíquico. É a partir do estudo da psicose de Schreber que Freud constrói uma psicologia do eu e uma nova teoria da libido. Alguns dos primeiros seguidores de Freud, como Jung e Abraham dedicavam-se ao tratamento de psicóticos. Os primeiros tempos do movimento psicanalítico produziram textos importantes sobre a psicose, mas é em Melanie Klein, Winnicott e Lacan que os psiquiatras e psicanalistas que se dedicam hoje ao tratamento das psicoses buscaram recursos teóricos para orientar e formalizar sua prática. Percebemos que aqueles que escrevem sobre o tema do Acompanhamento Terapêutico hoje, no Brasil, estão orientados predominantemente pela teoria lacaniana ou pela winnicottiana.

Aqueles que se orientam por Winnicott se apóiam na função da mãe suficientemente boa, aquela que encarna o meio externo adequado ao

desenvolvimento psíquico do sujeito. Para Winnicott, no período de dependência absoluta, ou seja, de 0 a 6 meses, a mãe é quem faz a sustentação desse novo ser: manipula seu corpo e apresenta o objeto externo num clima de segurança para o bebê. Tanto a dependência absoluta quanto a separação progressiva, momento em que se constitui o objeto transicional, são conduzidas exclusivamente pela mãe. A psicose resultaria dos distúrbios desta relação inicial entre mãe-filho. Segundo esta orientação, a relação do psicótico com o AT, retomaria os passos dessa relação inicial, ou seja, o AT desempenharia a função de sustentação (*holding*) permitindo ao psicótico construir com segurança o espaço transicional entre mundo interno e externo que é, segundo Winnicott, o espaço da cultura. Esta orientação é dominante nos trabalhos publicados pela equipe de acompanhantes de *A Casa* em São Paulo.

A partir de outros parâmetros, a teoria lacaniana oferece vários conceitos importantes para se pensar a psicose. O primeiro deles é o estágio do espelho que aponta na própria formação do eu, a alienação fundamental ao campo do Outro sob a forma da identificação imaginária. Em segundo lugar, temos a retomada por Lacan da importância do pai na constituição do sujeito. A ausência da função paterna é apontada desde os *Complexos familiares*, como algo que, segundo Lacan, define o psicótico. É ainda a preocupação de Lacan em formalizar a psicose que o leva, nos anos 1950, a elaborar uma teoria do sujeito que delimite essa função paterna em termos de significante e significação. Assim, Lacan define a psicose como forclusão do significante Nome-do-pai, significante necessário à operação simbólica da castração: faltando o Nome-do-pai, não há produção da significação fálica que situa o sujeito na partilha dos sexos, ou seja, a castração não se inscreve no inconsciente. A função do pai enquanto significante seria a de transmitir a lei simbólica.

Nos anos 1970, temos ainda uma novidade teórica: Lacan retoma a função do significante em relação ao problema da satisfação pulsional e a incidência da pulsão de morte e, através do conceito de gozo, situa um limite para o simbólico e, portanto, para a função paterna. Os sujeitos teriam recursos imaginários e simbólicos para tratar esse gozo que, por comportar uma satisfação, não deixa de ser mortífero.

Os profissionais que se orientam pela teoria lacaniana hoje, pensam o trabalho do AT como um dispositivo de regulação do gozo do sujeito e uma forma de apresentar um Outro não invasivo, também regulado por uma lei que lhe é exterior. Encontramos esta orientação nos trabalhos produzidos no Rio de Janeiro e Belo Horizonte (Ribeiro (2002), Greco (2000)).

Vários textos pesquisados (Maia e Pirim, 1997; Greco, 2000; Ribeiro, 2002) demonstram clara preocupação em buscar uma fundamentação teórica para o Acompanhamento Terapêutico. Como já foi ressaltado, trata-se de um novo

campo de atuação na Saúde Mental que se encontra ainda em construção. Um fundamento teórico que permitisse balizar esta prática é desejável.

Resultados da pesquisa

Quanto à formação dos psicólogos que trabalham com acompanhamento terapêutico, constatamos que ela está vinculada a estágios na área de Saúde Mental que reúnem práticas muito distintas como as oficinas terapêuticas, atendimentos de urgência e Acompanhamento Terapêutico e, na sua maioria, estavam relacionados com a disciplina de Psicopatologia. Os profissionais de Terapia Ocupacional entrevistados relataram que foi a partir de sua prática em instituições públicas (Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso), ligadas ao movimento de reformulação dos manicômios regido pela reforma psiquiátrica, que foram desenvolvendo esse trabalho de Acompanhamento Terapêutico inicialmente com pacientes internos e depois com pacientes indicados por psiquiatras na clínica privada.

Assim, não há propriamente um perfil muito claro do que se exigiria em termos de formação profissional/acadêmica para o exercício desta atividade. A importância dos estágios e do próprio tempo de convívio com a psicose mostra-se fundamental até mesmo na clareza discursiva dos entrevistados. É nítida também a importância de uma orientação teórica que possibilite o sujeito se guiar na compreensão do fenômeno psicótico. Constatamos que, em Belo Horizonte, temos entre os Acompanhantes uma predominância da orientação lacaniana; alguns evocaram a contribuição da Psicologia Sistêmica para um maior esclarecimento das relações familiares.

Três pontos foram verificados durante a análise das entrevistas: a definição de AT, a concepção do tratamento e a relação com a rede e sua eficácia na reinserção social do psicótico.

A concepção de AT foi amplamente discutida pelos profissionais entrevistados e algumas vezes essa idéia do que “é” o acompanhante cedeu lugar para o que ele “faz”, onde atua, qual é o seu lugar na saúde mental. Relacionamos o discurso dos ATs sobre sua função com algumas definições teóricas e percebemos que algumas funções estavam presentes em todos os discursos; outras eram citadas por alguns entrevistados com graus diferenciados de clareza.

As funções que dizem respeito à relação acompanhante/acompanhado foram abordadas por todos os entrevistados. Ficou claro que a frequência dos encontros e a intimidade maior que se estabelece no Acompanhamento Terapêutico implicam uma responsabilidade clínica muito grande. Alguns deram bastante ên-

fase à questão da presença física do AT que funciona, em muitos casos, como uma presença apaziguadora, não apenas por sua disponibilidade, mas por se distinguir das outras formas de relação, sejam as familiares ou as terapêuticas. Um dos entrevistados usou a expressão “o paciente começa a usar muletas” fazendo alusão à função de suporte do Acompanhamento Terapêutico que tem, no entanto, uma outra face: o perigo da manutenção da dependência. As muletas serão necessárias, desde que não se tornem imprescindíveis, ou seja, o sujeito deve poder se libertar dessas muletas.

As funções de perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente, informar sobre o mundo objetivo e atuar como agente ressocializador, fazem parte de um grupo funcional presente no discurso de todos os entrevistados. Isso parece ser consequência do fato de o AT ter um contato mais intenso com o acompanhado, circulando com ele nos espaços de sua existência.

Os ATs não se consideram representantes de um outro profissional, ao contrário, parecem destacar que a relação entre acompanhante e acompanhado, por ser mais freqüente, favorece a instalação de laços transferenciais que muitas vezes transformam o AT no elemento mais importante da equipe de tratamento. Os efeitos da transferência na psicose, segundo os entrevistados, devem ser manejados não apenas pelo próprio AT, mas pela equipe como um todo, tendo em vista o projeto terapêutico do paciente. Podemos perceber que a idéia de representação foi trocada pela idéia de rede.

Outra característica dessa modalidade clínica de trabalho foi citada pelos entrevistados de todas as categorias como sendo de primordial importância para a concepção de AT: o *setting* do Acompanhamento Terapêutico. Para eles, trata-se de uma modalidade clínica que não tem lugar fixo, o AT se move, se desloca e é essa forma e esse espaço em que o profissional trabalha que define o trabalho. Por estar envolvido numa outra perspectiva de espaço e de tempo em relação ao paciente, o AT funciona como um facilitador do projeto terapêutico, assim ele pode ir à casa do sujeito, ver como funciona a dinâmica desse sujeito com a família, fazer uma ponte e ligar a equipe à família e ao sujeito.

Alguns acentuam a dimensão da reinserção social dizendo que o *setting* do Acompanhamento Terapêutico é a sociedade, as ruas, museus, praças. Para eles, é importante fazer o paciente conviver no ambiente da sociedade, “estar no mundo com eles”. Alguns classificaram o AT como um clínico de rua, um elo entre tratamento e inserção.

A concepção de rede levantada anteriormente pode ser abordada a partir da definição de um trabalho clínico que leva em conta o lugar do sujeito no tecido social. É uma prática que visa a relação do sujeito com o outro tanto na sua dimensão simbólica quanto na imaginária. Na rede se trabalha o particular do sintoma em relação ao universal que se apresenta para ele no social. Todos os

pontos de uma rede representam vínculos importantes que o sujeito mantém; o AT às vezes pode ser o principal vínculo estabelecido devido ao tipo de contato que é muito próximo e maleável. Mas justamente essa proximidade exige que haja outros pontos de referência transferencial para que o trabalho não se inviabilize pelo “assédio” do paciente. Então, na rede, a idéia hierarquizada do trabalho com psicótico perde seu lugar; aqui o AT estaria sempre ligado a um projeto terapêutico junto a outros profissionais, sendo supervisionado e se reunindo com a equipe. O trabalho com a rede ajuda a avaliar os objetivos propostos no início do tratamento e retificá-los de acordo com as saídas e impasses que o próprio sujeito vai apresentando. A rede é tecida por vários personagens que vão desde o padeiro da esquina, o psiquiatra que controla a medicação, até as instituições freqüentadas no decorrer do tratamento.

Carlo Vigano propõe um novo pensamento sobre o trabalho que se opera em rede. Ou seja, a prática da recepção, a rede que sustenta os serviços, que sustenta o acolhimento, que sustenta o acompanhamento. Assim, a novidade seria quando se considera que quem dá a direção do percurso é o próprio sujeito, o que se coloca é uma transferência que vai permitir que um sintoma seja tratado na rede como uma escolha, como um ato do sujeito, um tratamento clínico de transferência. Essa própria se constituindo como uma ligação social. Parte-se de um ponto para mudar o texto que se fala, que se queixa, o nexos, a relação com o mundo. Propõe-se um novo esquema de trabalho em rede onde existe um sujeito clínico que se relaciona com o Outro por diversos caminhos, onde a transferência enlaça vários objetos e possui várias setas.

Entre os entrevistados, os que mantêm vínculo com a clínica *Urgentemente* foram os que mais deixaram transparecer a importância da rede formada no tratamento das psicoses, talvez por trabalharem com casos mais graves em que o sujeito demanda um tratamento mais intenso devido às dificuldades graves de relacionamento. Trabalhando na perspectiva de evitar internações, ou pelo menos minimizá-las, os ATs possibilitam que haja uma certa ponte entre os espaços de tratamento podendo diminuir a fragmentação que o psicótico, às vezes, enfrenta. O AT está no intervalo entre um lugar e outro, entre a casa e o hospital-dia, por exemplo. É uma espécie de agente da mobilização do paciente. Alguns deram ênfase à importância de um serviço como a “porta de entrada”, serviço de acolhimento e encaminhamento que auxilia no trabalho do AT “para não sobrecarregá-lo” em relação às questões com a família ou mesmo com o psiquiatra.

No PAIPJ o trabalho de rede aparece, mesmo não se utilizando com rigor esse conceito. As entrevistas não revelam com clareza, mas mostram discussões de casos no Instituto Raul Soares e no PAIPJ durante as supervisões. A rede aparece nos nomes das instituições que acolhem o sujeito, na família e também no próprio trabalho em equipe do Serviço de Psicologia.

Em algumas entrevistas não há uma referência direta à rede, mostrando apenas que há uma perspectiva de trabalho compartilhada com outros profissionais. Podemos constatar isso em frases em que o AT apresenta as condições de aceitação de um paciente: “O paciente deve estar em psicoterapia e em uso de medicação”, “A família tem que ter uma orientação sobre o que está acontecendo com seu familiar”, “Há conversas eventuais com o médico. Quando há algo a ser discutido, discute-se”.

A concepção sobre a reinserção, de modo geral, aparece como uma orientação da política pública da saúde, respondendo aos anseios da sociedade civil e dos profissionais ligados à Saúde Mental que se mobilizaram durante décadas contra a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico grave. Porém, nas entrevistas alguns apontaram o fato de que o ideal da reinserção encobre de algum modo a dimensão clínica que deve prevalecer como diretriz no tratamento da psicose. A “reinserção social” deve, segundo a maioria dos depoimentos, ser orientada pelas possibilidades e limites do sujeito, ou seja, a clínica deve, em certo sentido, prevalecer sobre a política. Em muitos casos não adianta criar expectativas de que o sujeito vai conseguir estudar ou trabalhar; o projeto terapêutico deve favorecer as possibilidades que o próprio sujeito apresenta. Nesse sentido, como o AT está presente junto ao sujeito em vários momentos e distintas situações, ele está em posição de escutar algo a respeito dos interesses do sujeito e propor algumas atividades, mesmo aquelas que nunca estiveram no seu horizonte.

Em uma das entrevistas, aparece a idéia de que o sujeito psicótico tem uma inserção social, a de louco, irresponsável; nesse caso cabe ao AT promover a reinserção do sujeito, fazendo um trabalho de mudança de posição não só do psicótico, mas desse Outro social que o toma como incapaz.

Os entrevistados se dividiram entre os conceitos de inserção e reinserção. Em algumas entrevistas apareceu claramente que o objetivo do AT é a reinserção social e que esse objetivo é geralmente alcançado. Outros dizem não acreditar em reinserção, mas em uma inserção, já que consideram que o psicótico está quase sempre excluído e não inserido socialmente.

Os Terapeutas Ocupacionais afirmam trabalhar muito a ressocialização na rede de relações entre as pessoas e das pessoas com as coisas, buscando saídas que possam conciliar o indivíduo com a sociedade. A sociedade, segundo eles, é muito impiedosa, ela rejeita o sujeito que apresenta certos sintomas e isso dificulta o convívio, portanto o trabalho do AT é descobrir qual sintoma impede a ressocialização e tentar conciliar o indivíduo com a sociedade. Segundo eles, o AT ajuda também a administrar a vida do paciente fora dos locais onde circulam apenas usuários dos serviços de Saúde Mental. O AT procuraria circular no ambiente da sociedade, colocando o paciente no mundo, em movimento, descobrindo suas aptidões e principalmente promovendo sua autonomia, mesmo

que relativa. Tenta promover sua volta para casa agindo independentemente da família, mas isso tudo em consonância com a rotina do sujeito, fazendo adequações possíveis.

Concluimos que ainda são poucos os profissionais que se dedicam a esse trabalho em Belo Horizonte. Por outro lado, há um grande número de estagiários dos cursos de Psicologia (FUMEC, Newton Paiva e PUC) trabalhando como AT junto aos CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental) e às moradias protegidas da Prefeitura (Programa de Desospitalização Psiquiátrica).

O Acompanhamento Terapêutico não se define como profissão, mas como modalidade clínica no campo da Saúde Mental. Podemos dizer ainda que o AT é o agente mobilizador por excelência da política de desospitalização e de reinserção social do psicótico.

Em conformidade com a bibliografia consultada, as entrevistas mostraram que o Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo clínico indicado para os casos mais graves de psicose, representando mais um dos recursos terapêuticos disponíveis na clínica da reforma psiquiátrica orientada para o fim dos internamentos em hospitais psiquiátricos e tratamento em serviços substitutivos. Trata-se de uma modalidade clínica na qual o trabalho de reinserção é prioridade. Constatamos que apesar da particularidade dos projetos terapêuticos que incluem o Acompanhamento Terapêutico, há uma clara orientação no sentido de levar o paciente a apropriar-se do espaço público, visando sua inclusão no tecido social e seu lugar como cidadão.

Agradecimentos

Agradecemos a participação, nesta pesquisa, de Annamaria Batista Nogueira, Juliana Barbosa Dutra (ex-alunas da FUMEC de quem partiu a idéia da pesquisa); Angélica Costa Pereira e Daniela Gurgel Peixoto (bolsistas de Iniciação Científica da Universidade FUMEC); Ednei Soares de Oliveira Júnior e Anália Fernandes (alunos voluntários da Universidade FUMEC). Agradecemos também ao PROPIC, nas pessoas dos professores Sérgio Laia e Eduardo Lima.

Referências

AGUIAR, Jair Rodrigues. A clínica do Acompanhamento Terapêutico. Clínica urgentemente. A *Rede – clínica ampliada em Saúde Mental/Acompanhamento Terapêutico*, v. I, n. 1, p. 42-8, set./2002.

AYUB, P. Do amigo qualificado ao Acompanhante Terapêutico. *Infante – Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, ano II, n. 4. p. 37-40, 1996.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. Amigos qualificados... ou Acompanhante Terapêutico? In: *Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-dia A Casa* (org.). Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Educ, 2000. p. 177-82.

BARRETTO, Kleber Duarte. Acompanhamento Terapêutico: uma clínica do cotidiano. *Insight: Psicoterapia*, São Paulo, Lemos Editorial, ano VII, n. 73, p. 22-24, maio/1997.

_____. *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Unimarco, 2000.

GRECO, Musso. *Acompanhante Terapêutico: o guia das cidades invisíveis*. Belo Horizonte, 2000 (mimeo).

MACHADO, Cynthia Silva. Do círculo ao mapeamento. Clínica urgentemente. *A Rede – clínica ampliada em Saúde Mental/Acompanhamento Terapêutico*, v. I, n. 1, p. 49-54, set./2002.

MAIA, Maria Silvana et. al. O projeto de trabalho da Clínica Urgentemente. Clínica urgentemente. *A Rede – clínica ampliada em Saúde Mental/Acompanhamento Terapêutico*, v. I, n. 1, p. 7-17, set./2002.

MAIA, Marisa Schargel e PIRIM, Mirian. Em busca de uma singularidade: uma proposta clínica no processo de reinserção psicossocial. In: DELGADO et al. (orgs.). *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Té Cora Editora, 1997. p. 5-14.

MARTIN, Elisabete Villalobos et. al. Acompanhamento Terapêutico: uma modalidade de intervenção psicoterápica. *Insight Psicoterapia*, ano III, n. 34, p.14-17, out./ 1993.

MAUER, Susana Kuras e RESNIZKI, Silvia. *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas: Papirus, 1985.

MEDEIROS, Liliâne Carvalho. Da experiência do Acompanhamento Terapêutico com crianças psicóticas: relato de um caso. *Perfil: Boletim de Psicologia*, n. 8, p. 83-89, jan./dez.,1995.

PALOMBINI, Analice de Lima. O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação, subjetividade e poder*, Porto Alegre, v. VI, n. 6, p. 25-31, ago./1999.

PORTO, Maurício e SERENO, Déborah. Sobre acompanhamento terapêutico. In: *Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-dia A Casa* (org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 23-31.

REIS NETO, Raymundo de Oliveira. *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro*. 1995. 324p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro. Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o Acompanhamento Terapêutico. *Psicologia, ciência e profissão*, ano XXII, n. 2, p. 78-87, 2002.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica – um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). *Psicanálise, pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001.

Resumos

El artículo presenta al acompañamiento terapéutico como una modalidad clínica en el tratamiento de la psicosis, creada a partir de la reforma psiquiátrica y que en el contexto de “des-hospitalización” psiquiátrica viene ocupando un espacio cada vez mayor. Además del estudio histórico del surgimiento de este dispositivo clínico, el presente trabajo pretende discutir las funciones del acompañamiento terapéutico, su particularidad dentro del trabajo de equipo en el tratamiento de las psicosis y su rol en la reinserción social del sujeto psicótico.

Palabras claves: Acompañamiento Terapéutico, clínica, psicosis

Cet article présente l'accompagnement thérapeutique comme une modalité clinique du traitement de la psychose. Cette modalité, créée à partir de la réforme psychiatrique, s'impose dans le contexte du traitement des psychoses, hors du cadre des hôpitaux psychiatriques. Au-delà d'une étude historique sur le surgissement de ce dispositif clinique, ce travail envisage de mettre en discussion les fonctions de l'accompagnement thérapeutique, sa particularité au sein du travail d'équipe et son rôle dans la réinsertion sociale du psychotique.

Mots clés: Accompagnement thérapeutique, clinique, psychose

The paper presents the therapeutic accompaniment as a clinic modality in the treatment of psychosis created after the psychiatry reform. So far, it has been very successful in the new field of “off hospital psychiatric”. As a historical study of this clinic paradigm this paper intends to discuss the functions of the therapeutic accompaniment, its particularity in the network on psychosis and its role in the social insertion of the psychotic.

Key words: Therapeutic accompaniment, clinic, psychosis

Versão inicial recebida em novembro de 2004

Aprovado para publicação em fevereiro de 2005