

PSICOLOGIA & SOCIEDADE

Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia

Social

Brasil

de Araújo Pitiá, Ana Celeste
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
Psicologia & Sociedade, vol. 25, núm. 2, 2013, pp. 73-81
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309360046010>

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



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 TERAPÉUTICO E AÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

THERAPEUTIC MANAGEMENT (TA) AND INTERDISCIPLINARY ACTION IN PSYCHOSOCIAL SUPPORT

Ana Celeste de Araújo Pitiá

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) vem se constituindo em um novo dispositivo clínico que percorre os espaços comunitários possíveis, como forma de atenção psicossocial. Será discutida a relação entre a ação clínica do AT e a interdisciplinaridade em saúde, imiscuída ao campo da atenção psicossocial. O objetivo é cooperar no processo de proposições de novas práticas que tenham em vista o sujeito atendido em saúde mental, valorizada a produção de sentido das ações desenvolvidas no AT em favor das demandas subjetivas. A abordagem metodológica foi qualitativa, em que quatro (4) sujeitos foram acompanhados em estudos de casos clínicos, por um período aproximado de um ano. Considera-se que favorecer a inclusão e a reabilitação dos acompanhados no AT é compreendê-los como sujeitos do próprio tratamento, reconhecendo a totalidade desafiante da natureza humana implicada nesse contexto, em que a reflexão sobre cada caso solicita a ampliação do campo de saber das várias especialidades profissionais envolvidas.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico; cuidado; saúde mental; profissionais de saúde; tecnologia em saúde.

ABSTRACT

Therapeutic accompaniment (TA) has become a new clinical device that goes through potential community spaces as a means of psychosocial support. This paper addresses the relation between clinical action of TA and interdisciplinarity in health services, linked with psychosocial support initiatives. The purpose of this paper is to provide suggestions regarding the proposition of new practices targeting mental health patients, by appraising production of meaning of initiatives carried out in TA in favor of subjective demands. This paper adopts a qualitative approach, in which four (4) subjects were supervised on clinical case surveys during one year, approximately. It is believed that, by promoting inclusion and rehabilitation, TA patients can be understood as subjects of the treatment itself, thus acknowledging the challenging entirety of human nature implied, in which the reflection upon each case asks for expanding the realm of knowledge of the many professional specialties involved.

Keywords: therapeutic management; caring; mental health; health professionals; health technology.

Introdução

As transformações históricas ocorridas na prestação do cuidado em saúde mental vêm se constituindo através de décadas, repercutindo na maneira como se presta o atendimento. Hoje, os serviços de saúde mental são organizados levando-se em conta a diversidade de aspectos que os indivíduos/usuários apresentam e demandam quando necessitam desse cuidado prestado. Por isso, contam, quase sempre, com uma equipe multiprofissional, ou seja, diferentes especialistas trabalham sequencialmente ou lado a lado de forma a atenderem as demandas.

Na saúde, principalmente nos serviços especializados, é comum que os profissionais sigam aprofundando conhecimentos e ficando melhor naquilo que fazem, para fazerem bem o que é próprio de suas especialidades, incorrendo, na maioria das vezes, em ações verticalizadas. A crítica que se levanta é de que a abordagem utilizada na atenção aos usuários acaba ocorrendo de forma estanque, sem comunicação e integração entre as especialidades envolvidas no cuidado.

Compreende-se que se faz necessário o trabalho por meio de uma abordagem interdisciplinar, que, longe de ignorar a necessidade das especialidades, quer

abrir vasos comunicantes entre os diversos saberes; quer, a partir deles, abrir trilhas horizontalizadas, construindo redes de conhecimento (Jantsch & Bianchetti, 2004; Japiassu, 2006) que permitam uma ação de saúde integradora do então sujeito/usuário; além de querer favorecer uma visão expandida aos profissionais de saúde, para que estes possam trabalhar considerando a complexidade do sujeito atendido e sua biodiversidade.

A clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ vem enriquecer o campo das práticas terapêuticas em geral, porque é constituída como dispositivo que lida com o problema em plural (Mauer & Resnizky, 2008, 2011), envolvendo saberes dos diversos profissionais que prestam o atendimento em saúde mental. Ela é compreendida como prática que lida com as singularidades dos sujeitos, repercutidas na insuficiência das disciplinas em lidarem com o problema isoladamente. Ou seja, ela reverbera a insuficiência dos enfoques fragmentários.

O processo de reabilitação psicossocial está envolvido na prática AT, implicando em uma ética de solidariedade e de resgate do poder contratual do cidadão adoecido (Pitta, 2001), afetado como um todo nos aspectos biopsicossociais, devendo se levar em conta todos os pontos pertinentes ao sujeito em seu contexto. A questão interdisciplinar se faz presente no Acompanhamento Terapêutico, tendo como objetivo a execução do Projeto Terapêutico Individual (PTI)² construído entre os profissionais e o sujeito atendido, no âmbito da atenção psicossocial.

Assim, neste trabalho, pretende-se trazer à tona uma reflexão sobre o campo de atuação da prática AT, contextualizada no campo da atenção psicossocial, a partir da discussão de casos clínicos, sinteticamente apresentados e oriundos de um trabalho de pesquisa de doutorado sobre o assunto. Defendida em 2002, ela é historicamente a primeira tese na área da saúde sobre o tema Acompanhamento Terapêutico, desdobrando-se como linha de investigação da autora desde então.

Parte-se do pressuposto de que refletir a prática do AT inserida no campo da atenção psicossocial é considerá-la especificada em seu caráter interdisciplinário (Pitiá & Furegato, 2009). É também considerá-la a partir de seus objetivos terapêuticos voltados para a reabilitação psicossocial, a qual busca o resgate da cidadania e a inserção contextual, social e histórica dos sujeitos acompanhados. Além de tudo, é poder conceber a prática AT como multiversa e que se investe na tessitura das redes que se formam nas andanças dos acompanhantes terapêuticos (at)³ ao atenderem os seus acompanhados.

Discute-se essa relação entre a ação clínica do AT e a interdisciplinaridade em saúde com o objetivo de se cooperar no processo de proposições de novas práticas que tenham em vista o sujeito atendido na saúde mental, valorizada, assim, a produção de sentido das ações profissionais desenvolvidas em favor das demandas.

Referencial

Prática clínica que se multidetermina por diferentes saberes, distribuídos nas diversas áreas do conhecimento, relevantes para se considerar os aspectos históricos, culturais e sociais advindos do campo do sujeito, atendido e inter-relacionado com os campos de saberes dos sujeitos que utilizam essa prática clínica como instrumental de serviço (Fiorati & Saeki, 2008).

A prática AT é originária dos movimentos transformadores dos modelos de atendimentos em saúde mental e vem, desde a década de 80, constituindo-se no Brasil como uma função a mais dos profissionais de saúde capacitados para tal prática, além disso é estruturante de uma ética do cuidado que se preocupa com o sujeito em sua subjetividade (Barretto, 2005; Pitiá & Santos, 2005). Especifica-se, dia a dia em uma situação de espaço interdisciplinar, seja na construção do conhecimento, seja na própria atividade profissional, que se reflete nos campos de atuação clínica, social, da saúde, do trabalho, da escola, do esporte, do lazer, da cultura e da arquitetura (Amarante, 1995), ou seja, dos diversos espaços por onde circulam acompanhantes/acompanhados.

A própria historicidade da prática AT vem demonstrar a construção de sua especificidade interdisciplinar, a partir das diversas categorias em saúde que a praticam, tendo em vista aspectos que, ainda que fossem de ordem funcional e adaptativa por questões da desmobilização do modelo hospitalocêntrico, vem subsidiando o corpo de conhecimento de uma função complexa, que tem gerado a necessidade de uma formação própria, por meio de capacitações e supervisões clínicas voltadas para o trabalho do at.

Para os profissionais de saúde que se envolvem com o AT, há a indicação do tripé formação, supervisão e terapia pessoal do profissional que desenvolve essa prática (Carvalho, 2004; Pitiá & Furegato, 2009). Como um trabalho clínico, essas são as prerrogativas.

Tem-se em vista de que no ato do acompanhar destacam-se 3 elementos (Carvalho, 2004): o estar com o sujeito; o partilhar de momentos e situações que façam

sentido para o usuário – o ser parceiro, companheiro; o escutar sua ação, sua fala, seu conteúdo; o olhá-lo como um todo, manejando sua integralidade; e o propor uma atividade em coparticipação, sendo um facilitador na construção de redes, que envolvem o resgate do ser cidadão.

Trata-se, portanto, de uma função complexa, que se constitui em uma ação clínica estabelecida pela relação terapêutica entre acompanhante terapêutico (at) e acompanhado, visando ao projeto terapêutico possível àquele sujeito com dificuldades psicossociais.

O AT, pela sua configuração de prática externa aos espaços institucionais de atendimento, é realizado nos espaços públicos, seja na rua ou no domicílio; o social do sujeito é o que importa, visto que, o que se visa é a recuperação de uma ação de circulação no mundo e no social. Todas as ações desenvolvidas como atividade tendem a ser potencializadoras da rede de trocas e de intercâmbios sociais (Pitiá, 2005; Pitta, 2001; Saraceno, 1999) o que se faz pertinente à mediação dos vários campos do saber para a construção do conhecimento sobre o entorno histórico-social do sujeito atendido. O processo de trabalho se estabelece na tessitura dessas redes mediante os atendimentos. Os espaços culturais de expressão e inserção promovem a integralidade das ações, considerando-se o resgate da unidade humana.

Contribuindo na constituição dessa rede no AT, o terapeuta at auxilia o acompanhado no refazer de suas tramas: sua história de vida, seus hábitos, suas redes sociais, seus sonhos e desejos, seus projetos de vida. É pelo movimento que se promove a ação do acompanhar e por este que se busca promover uma articulação entre o ato e seu significado para a ação se tornar terapêutica (Pitiá & Santos 2005).

Acompanhantes/acompanhados incluem-se em um processo reabilitador psicossocial e, assim, envolvem-se em relações com a família, com as pessoas na comunidade, nos espaços comunitários, nas amizades, no trabalho, no estudo, nos sistemas de saúde e nas agências sociais (Aranha e Silva & Fonseca, 2005), todos se constituindo como conteúdos e espaços de trabalho para o terapeuta at.

O AT, como uma clínica que circula pelo e no cotidiano, promove a lida com multiversos aspectos circunstanciais das situações de atendimento, em que o profissional é confrontado e provocado a reelaborar o que aprendeu em sua formação, em face de acontecimentos da vida real – este é o apelo à ação interdisciplinar.

Parte-se do princípio de que toda ação baseada no pressuposto da interdisciplinaridade busca dar conta da

complexidade do sujeito implicado nas suas relações sociais e pessoais, na medida em que se trabalha com a concepção de processo saúde-doença socialmente determinado, deparando-se com um sujeito enredado nos dispositivos psicossociais, afetivos, técnicos e científicos, que movimentam a vida tanto na sua dimensão individual quanto coletiva.

Entende-se que trabalhar em AT implica trabalho coletivo exigindo disposição, muito estudo e criatividade da equipe de saúde, pois a interdisciplinaridade não facilita o trabalho do profissional. Ao contrário, requer rigor das e entre as disciplinas e exige consensos das diversidades e dos profissionais envolvidos nesse processo (Gattás, 2006; Japiassu, 2006). Mas, se não facilita de um lado, de outro, agrupa valor ao trabalho, imprime qualidade ao papel do trabalhador e enriquece o sujeito acompanhado, contemplado na sua complexidade social e diferenciado em sua singularidade. Entende-se que a democracia na saúde não se faz tratando a todos como iguais, mas sim a cada um de acordo com suas especificidades e sua necessidade, como sujeitos e cidadãos.

No AT considera-se o processo de reinclusão social do sujeito em crise e trabalha-se na perspectiva de auxiliá-lo a lidar com suas forças subjetivas e a restabelecer a condição da contratualidade social, entendido como princípio básico do processo da reabilitação psicossocial, que “implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos ... o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (Pitta, 2001, p. 9). Trata-se, portanto, de um processo de remoção de barreiras impeditivas à plena integração de um indivíduo na sua comunidade, como também barreiras que o impeçam de exercer seus plenos direitos de cidadania.

Metodologia

Este trabalho é oriundo de uma pesquisa que se utilizou de uma estratégia metodológica qualitativa, pela qual se trabalhou com estudos de casos clínicos de quatro (4) pessoas acompanhadas. Os atendimentos foram realizados no período de julho/99-julho/01, na frequência de 1 a 4 vezes por semana, a depender de cada caso e da sua respectiva demanda. Os encaminhamentos vieram de profissionais médicos psiquiatra e do trabalho, a partir da necessidade dos clientes em receberem atendimento em AT. O critério adotado estava no foco da demanda e assim pessoas que tivessem interrompido suas atividades cotidianas,

em decorrência de manifestações que o afetavam psiquicamente, com repercussões no âmbito social, eram selecionadas. Essa avaliação era feita no primeiro contato do terapeuta at com o cliente, quando se procurava localizar a necessidade para o atendimento.

As informações foram coletadas através de um roteiro composto por cinco itens abrangendo identificação e dados demográficos, dados da vida pessoal (hábitos e apresentação), dados médicos, dados corporais (autopercepção, percepção de outros) e registro das observações do acompanhante terapêutico (at). Esses dados compunham o Roteiro de Avaliação dos Acompanhamentos Terapêuticos (ROAAT) (Anexo). Esse roteiro procurava traçar um perfil do acompanhado servindo de base para o Projeto Personalizado de Vida (PPV) que se buscou construir nos atendimentos realizados e que é uma prática adotada pela terapeuta at que o desenvolve, autora deste trabalho.

Parte do registro dessas informações foi coletada na primeira abordagem e as demais foram obtidas nos encontros subsequentes. Cada atendimento teve a duração de até 2 horas por encontro, a depender da demanda de atividade a ser desenvolvida a cada encontro. Nos acompanhamentos realizados com as 4 (quatro) pessoas, foram efetivados 127 atendimentos de AT, totalizando 254 horas.

A evolução do processo dos Acompanhamentos Terapêuticos foi ocorrendo a partir do aprofundamento na história pessoal, no contexto cultural e social circundante dos acompanhados; elementos estes significativos de suas subjetividades e que se relacionavam com a então subjetividade da terapeuta at, permitindo a configuração de vínculos únicos, tendo em vista que as subjetividades vão se compondo, na medida das construções das redes relacionais do at com cada acompanhado. Essas eram levantadas e acompanhadas pelo profissional at, desde o momento da solicitação de seu trabalho, por meio da observação das manifestações expressas pelos acompanhados e considerando suas expressões de angústia relatadas de maneira verbal e não verbal, incluindo as dificuldades vivenciadas pela família no manejo de seu membro.

Os cuidados éticos na pesquisa foram respeitados, segundo os princípios e as normas da resolução CNS 196/96 definindo a pesquisa que envolve seres humanos. Como esta pesquisa se manteve ativa ao longo de 7 (sete) anos e está relacionada com investigação mais recente sobre o AT, obteve a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, sob o no. 1042/2009. Na realização da coleta de dados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo próprio

acompanhado ou por um familiar responsável, quando esse não estivesse em condições de responsabilizar-se pelos seus atos naquele instante. Os nomes utilizados são fictícios e ilustram a apresentação dos resultados.

Os casos

Os sujeitos não eram vinculados a nenhum tipo de instituição de saúde e os encontros, na forma de atendimentos em AT, deram-se a partir da residência do sujeito, conforme evoluía a interação e sua continuidade se estendiam para espaços públicos, nas ruas, nas praças, no local de trabalho e em shoppings, de acordo com a necessidade e interesses do acompanhado. Nesses momentos, a pessoa discorria sobre aquilo que sabia do seu nascimento, infância, adolescência, vida adulta, maturidade, hábitos pessoais, sono, alimentação, cuidados corporais, rotina no cotidiano da casa, convivência com as pessoas próximas, desempenho de atividades em casa e no trabalho, lazer, contatos sociais. O at estava atento também a outros aspectos que pudesse dizer das subjetividades, através de características como modo de se vestir, jeito de falar preferências de assuntos nas conversas. Além disso, as observações do acompanhante terapêutico se estendiam às formas como o acompanhado estabelecia as relações com o ambiente e com o próprio at, o que revelava sua própria subjetividade, sendo assim observado o seu contato frente a outras pessoas: a percepção sobre quem seria a pessoa com quem o acompanhado se identificava no seu meio, como recebia o toque quando na interação com o at e como evoluía sua expressividade verbal e corporal. Junto a isso era levado em conta o contexto social em que vivia o acompanhado, suas condições de moradia, a relação entre as pessoas da casa, o contexto sociocultural da família, incluindo a relação dele com pessoas externas.

A demanda dos casos partiu de profissionais da rede privada, que tomaram conhecimento da prática AT, através da divulgação da pesquisa feita pela terapeuta aos profissionais de saúde com os quais teve contato (psiquiatra, médico do trabalho, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo). Os casos apresentados neste trabalho vieram pelas solicitações de atendimento do médico psiquiatra e do médico do trabalho.

As tentativas iniciais para realização do AT em serviços públicos de saúde mental foram inviabilizadas devido à solicitação de muitos requisitos que extrapolavam circunstâncias de realização do trabalho de pesquisa, razão pela qual se optou em desenvolver os atendimentos com pessoas encaminhadas diretamente dos profissionais da rede privada. Posteriormente,

inserida como pesquisa com apoio do CNPq, houve tentativa de inclusão da atividade AT nos serviços públicos de saúde mental do município, desta vez atendendo-se aos trâmites solicitados. Os resultados desse empreendimento estão sendo finalizados.

Resultados

Compreender o Acompanhamento Terapêutico oferecido aos sujeitos em seu contexto de vida implicou em analisar esse contexto em que vivem e que foi processualmente apreendido ao longo de sua evolução. Essa participação nessa modalidade de intervenção desenvolveu-se dentro de condições reais e objetivas, em um contexto sujeito à influência de fatores tanto internos, como externos (o ambiente de trabalho, as relações hierárquicas estruturadas no serviço de saúde e a vizinhança).

Sinteticamente, apresentam-se os casos atendidos para, em seguida, proceder-se à discussão desses resultados da prática AT analisadas neste trabalho.

Caso I

Heitor, 46 anos, natural de Orlândia, São Paulo, mora em Ribeirão Preto. É casado, pai de 2 filhos, um adolescente de 16 anos e uma menina de 5 anos. Eletricista, ele trabalha em uma fábrica de rações para cães e gatos. É filho do meio de uma prole de três irmãos, sendo que, quando ainda era criança, o mais velho foi embora para São Paulo. A demanda para AT veio a partir do primeiro surto psicótico no seu local de trabalho, interrompendo sua profissão de eletricista. Seus sintomas eram expressos por meio de sentimento de insuficiência no manuseio das máquinas, choro, insônia, isolamento, ideia prevalecente de que iria ficar na miséria e pensamento suicida. Durante o AT, Heitor necessitou de internação, após tentativa grave de suicídio. Ele foi atendido em AT durante todas as fases do seu processo de tratamento, ao que referiu ter sido de fundamental importância. Obteve alta do AT, para ficar com a terapia de apoio e medicamentosa, após ter sido considerada a reinserção profissional em seu local de trabalho, mesmo que em outra função. Também foram considerados sinais de melhorias, referências de sua esposa sobre sua aproximação social no contexto de sua relação com a família, a partir de mudanças significativas na forma de contato com as pessoas de sua casa.

Caso II

Alberto, 68 anos, natural de Açaí, RN, procedente de Centralina, cidade em que morou até vir para

Ribeirão Preto há 30 anos. Casado com Matilde, de 65 anos, teve 6 filhos: 4 mulheres e 2 homens, com idades variando de 42 a 24 anos. Todos os filhos já estavam casados, exceto a filha mais velha que se separara do marido, e da filha mais nova, solteira e que residia com os pais. Foi encaminhado para AT pelo psiquiatra, para que, servindo de dispositivo clínico de atendimento domiciliar, conseguisse apoiá-lo na aderência ao tratamento medicamentoso que começava, após uma crise de heteroagressividade e desorientação que indicou à família levá-lo ao atendimento de urgência hospitalar. Durante o processo de atendimento AT, encontrou formas mais saudáveis de vida, diante da pressão emocional que se encontrava pela falta de dinheiro e a aposentadoria, que o levou ao estado depressivo. Consideraram-se melhorias efetivas em seu quadro quando, por meio do AT, conseguiu a expressividade necessária para se inserir como vendedor na loja de um genro e se incluir em um grupo de atividades físicas para a terceira idade, localizado em uma praça no caminho do seu trabalho e ressaltado, nos atendimentos em AT, como de fácil acesso em seu trajeto para o novo trabalho que conquistara.

Caso III

Hermes, 34 anos, casado, pai de dois filhos homens com idades aproximadas de 13 e 11 anos. Morador da cidade de Ribeirão Preto trabalhava na área de serviços gerais em uma empresa que fabrica rações. É o segundo dos 10 filhos dos seus pais. Tinha um irmão mais velho que já havia passado por tratamentos psiquiátricos, necessitando de internação na época. Do perfil sempre tranquilo e participativo na vida doméstica, ele apresentou estado de confusão e heteroagressividade ao se comunicar com todas as pessoas de casa e do trabalho, local em que ocorreu a manifestação dos sintomas. Segundo informações colhidas no ambulatório da empresa, ele apresentou sinais de desorientação, saindo no meio do expediente, no turno da noite, demonstrando irritabilidade, confusão mental e ideias “deliroides”, não ficando claro quais seriam os conteúdos dessas ideias. Foi encaminhado para AT pelo médico do trabalho da empresa, que conheceu o trabalho pelos resultados que constatou em outro AT realizado com outro trabalhador da mesma fábrica. Os atendimentos foram no domicílio e no local do trabalho, associando-se orientações sobre o seu caso no ambiente de trabalho, com seu chefe imediato, no setor de RH e com o médico do trabalho, a fim de que não fosse necessário seu afastamento, em vista de ser esse seu grande receio. Obtida alta do AT, assim que foram atingidos os objetivos de continuidade da atividade profissional, aderência ao tratamento psiquiátrico

e comunicação mais sociável, sendo iniciativa do próprio acompanhado a finalização dos atendimentos.

Caso IV

Íris, 74 anos, aposentada, viúva, com uma filha única de 32 anos na época. Residente em Ribeirão Preto vivia sozinha em uma casa no centro da cidade. Foi a filha que percebeu sinais que denotavam mudanças no seu comportamento habitual: desânimo acentuado em realizar tarefas de sua vida cotidiana, queixa constante de falta de vontade de fazer atividades habituais, tais como costurar, participar de coral, ajudar em instituições de caridade. Além disso, foi relatado que Íris havia se envolvido na comercialização de produtos cosméticos, gastando muito dinheiro nas compras, sem muito resultado de vendas e sem recursos financeiros compatíveis com tal investimento, envolvendo-se emocionalmente com o vendedor desses produtos, que, segundo informações, era casado e mudou-se para outro estado quando não obteve êxito nesse negócio. O isolamento acentuado de Íris, juntamente com a adinamia e baixa estima, representada por uma aparência de desleixo, foram motivos de busca pelo atendimento psiquiátrico, sendo o médico psiquiatra quem a encaminhou para AT, a fim de se avaliar o resgate de suas atividades costumeiras e se evitar a internação. Assim, retornou atividades cotidianas deixadas de lado, como organização de sua casa, além de conseguir novamente cuidar de sua aparência e demonstrando interesse em novas possibilidades em sua vida. Os atendimentos AT foram interrompidos por ela, quando, na época, nasceu seu neto na cidade de São Paulo, onde morava a filha, favorecendo-lhe uma mudança temporária de cidade.

Discussão

O trabalho clínico do AT se apresentou como um dispositivo que pode cooperar no processo das práticas de atendimento em saúde mental, caracterizando-se como uma disposição estratégica concreta (Mauer & Resnick, 2011). Isso, tendo em vista o processo da desinstitucionalização do tratamento, cujo resgate da cidadania é de suma importância na atenção psicossocial e descentraliza a noção do tratamento centrado no aspecto medicamentoso. Além disso, a prática clínica do AT foi percebida como possibilidade de ação profissional na saúde, que desinstala o *setting* institucional como única forma de atendimento. Os efeitos dessa abordagem ampliaram as possibilidades de cuidados aos sujeitos em dificuldades psicossociais, em função do resgate de potencialidades subjetivas existentes em cada um dos clientes acompanhados,

despertadas por ações implementadas através desse dispositivo.

Percebeu-se que nos atendimentos seria possível realizar-se uma comunicação em rede com os profissionais envolvidos a partir da prática AT, pois o intercâmbio de informações advindas das demais práticas específicas de cada função profissional seria fonte para o desenvolvimento das atividades nos atendimentos em AT, possibilitando a articulação entre o sentido das ações realizadas e realizáveis, atreladas ao Projeto Personalizado de Vida desenvolvido pelo at/acompanhado. Interdisciplinarmente, a ideia de trama entre o terapeuta at, os vários conteúdos envolvidos e os demais sujeitos que compunham os ambientes pelos quais circulou com os acompanhados, deu-se mais a partir de iniciativas de aproximação discursivas do at com os outros profissionais envolvidos no atendimento. De certa forma, a presença do at parecia ser uma delegação de responsabilidade, que dava, ao profissional que enviava o caso para atendimento, a tranquilidade de saber sobre seu enfermo e a família, muito bem acolhidos no atendimento AT. Isso foi considerado como um disparador do processo para se realizar o AT, no entanto deu indícios para pouca disposição ou despojamento necessários a ação interdisciplinar, mediante a abertura de trilhas horizontalizadas, construção de redes de conhecimento (Jantsch & Bianchetti, 2004; Japiassu, 2006) que pudessem permitir uma ação de saúde integradora do então sujeito/usuário atendido, além de possibilitar uma visão expandida aos profissionais de saúde, para que estes pudessem trabalhar, considerando a complexidade do sujeito atendido e sua biodiversidade.

No entanto, no desenvolvimento do seu trabalho, o at reconheceu essa possível “delegação” como parte de seus limites e, assim, acolheu contribuições de outros campos do saber nos atendimentos a esses clientes, repercutindo nas altas do tratamento em AT, que eram compatíveis com o alcance dos objetivos propostos pelo acompanhado em sua necessidade. Os profissionais eram envolvidos no tratamento pelo at convidados a não se centrarem sobre suas especialidades, quando em conversas sobre o projeto terapêutico possível àqueles sujeitos atendidos.

Contudo, desvestir-se de especialidades categóricas na demarcação profissional das diversas áreas na saúde ainda é um desafio, mas é fundamental, no processo de trabalho em AT, a proposição da superação de barreiras profissionais estanques em seus saberes, os quais muitas vezes, ao invés de contribuir, impedem a plena integração do indivíduo na

comunidade, no exercício de seus direitos de cidadania. Isso se torna uma problemática enfrentada nos serviços especializados, aparecendo, nesta discussão, como uma meta ainda a ser conquistada.

A interdisciplinaridade se configura como inerente à prática do AT, na medida em que esta se materializa como um recurso que intenta superar uma visão parcelar do cuidado em saúde, propondo, no próprio ato de acompanhar, o questionamento das relações de trabalho em saúde, no sentido do interagir, do trocar, do comunicar, da suspeita da crítica e na complementaridade de saberes. Nesse trabalho, isso ocorreu parcialmente, na medida em que as relações foram quase que exclusivamente realizadas com o profissional médico, que atendia os acompanhados no âmbito dos consultórios ou no ambulatório de medicina do trabalho da empresa, onde eram atendidos dois dentre os quatro acompanhados, descritos nos dados apresentados por este trabalho.

Todavia, entende-se que a busca pela integração em rede interdisciplinar, através da ação do diálogo do at com os demais profissionais de saúde, se por um lado é um processo difícil e um desafio a ser alcançado, de outro, agrega valor ao atendimento AT, imprimindo qualidade ao papel do terapeuta at como trabalhador em saúde e possibilitando o enriquecimento das tramas sociais com o sujeito acompanhado, que pode contar com a participação do at no seu esforço em ser, muitas vezes, um porta-voz da complexidade social e singularidade do seu acompanhado.

Nas ações descritas pelos atendimentos em AT não houve um *a priori* ou algo que predeterminasse o ato em si de se acompanhar terapeuticamente, por meio da atividade a ser desenvolvida. Tampouco se exerceu uma observação de controle, como se o at se detivesse na posição de quem detém o conhecimento sobre o que é certo ou errado no tratamento. O acompanhado foi convidado a se comprometer com ele mesmo e a responsabilizar-se por si, apesar de suas dificuldades. As potencialidades foram levadas em conta e, na medida do possível, consideradas pelos demais profissionais envolvidos, em um nível de relevância tal que enfatizasse uma ação reabilitadora saudável e marcante, perspectivas do campo da atenção psicossocial.

O mérito do AT residiu no fato de ser uma prática que não retirou o sujeito de seu meio social e isso pode ser visto e analisado a partir de atendimentos no domicílio e no local do trabalho e associado às conversas que o at teve com os chefes imediatos de Heitor e Hermes em seus ambientes de trabalho, além do contato com o setor de RH e com o médico do trabalho, a fim de que não fosse necessário o

afastamento de ambos, tendo em vista o grande receio destes em obterem prejuízos profissionais por causa das dificuldades psicossociais que estavam vivendo naquele momento crítico de suas vidas.

Essa ação do at foi compreendida como promotora da cidadania plausível e da reconstrução das histórias pessoais, em sintonia com as produções sociais possíveis, o que viabilizou formas especiais de existências no mundo de Heitor e de Hermes, por exemplo, as quais foram concretizadas na construção de produções de sentido realizáveis e realizadas nas ações entre acompanhantes/acompanhados.

Foi assim que, com a compreensão e reconhecimento sobre a totalidade do acompanhado – corpo-psiquismo-mundo-experiência vivida –, o movimento do atendimento em AT voltou-se para a ultrapassagem do olhar reducionista que limita o todo da natureza humana a uma parte apenas. Entendeu-se que atender clinicamente em AT demanda a busca em se conhecer e reconhecer a história contextual dos acompanhados como *objeto* de múltiplas especializações, no sentido da complexidade que possibilita ao profissional at aliar sua sensibilidade à razão, por meio do exercício da escuta curiosa e cuidadosa de cada caso, implicando uma direção para além da razão instrumental científica, própria das discriminações disciplinares.

Considerações finais

Neste trabalho, procurou-se contribuir com uma discussão acerca da prática do Acompanhamento Terapêutico, por meio dos resultados de uma pesquisa realizada em 2002, configurada como a primeira tese de doutorado na área e articulada com o desenvolvimento atual da investigação no campo do AT, que discute sua inclusão na rede de serviços públicos em saúde mental.

Entende-se que foram vistas, neste trabalho, evidências sobre a importância da prática AT no âmbito da atenção psicossocial e a intrínseca relação com a interdisciplinaridade das ações de reabilitação psicossocial.

Considera-se que proceder à inclusão e à reabilitação dos acompanhados no AT é compreendê-lo, incluído-o como sujeito do próprio tratamento, reconhecendo a totalidade desafiante da natureza humana implicada, em que a reflexão sobre cada caso absorverá os signos de diferentes saberes, necessitando para tal expandir as várias especialidades envolvidas.

Dessa forma, reconhece-se cada caso como um todo, incluído em um contexto complexo histórico

circundante, próprio das histórias de vida – seja do acompanhado, seja do acompanhante.

Notas

1. O termo Acompanhamento Terapêutico será designado pela sigla AT.
2. O termo Projeto Terapêutico Individual será designado pela sigla PTI
3. O termo acompanhante terapêutico será designado pela sigla at e destina-se a identificar o terapeuta que faz o Acompanhamento Terapêutico.

Agradecimento

Trabalho apoiado pelo CNPq – Projeto nº 575255/2008-0. Bolsa CNPq/EXP-1- processo nº 372065/2009-0.

Referências

- Amarante, P. (1995). A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In P. Amarante (Org.), *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (pp. 57-90). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Aranha e Silva, A. L. & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicosocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449.
- Barreto, K. D. (2005). *Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco.
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Anablume.
- Fiorati, R. C. & Saeki, T. (2008). O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27(12), 763-72.
- Gattás, M. L. B. (2006). *Interdisciplinaridade: formação e ação na Área de Saúde*. Ribeirão Preto, SP: Holos.
- Jantsch, A. P. & Bianchetti, L. (Orgs.). (2004). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Japiassu, H. (2006). *O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2008). *Acompanhantes terapêuticos: atualização teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2011). *El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pitiá, A. C. A. (2005). O resgate da cidadania: o acompanhamento terapêutico e o aspecto da reabilitação psicossocial. *Saúde em Debate*, 70(29), 179-185.
- 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.
- Pitiá, A. C. A. & Santos, M. A. (2005). *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Votor.

Pitta, A. (2001). O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 19-30). São Paulo: Hucitec.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

Recebido em: 13/10/2009

Revisão em: 08/10/2011

Aceite em: 31/03/2012

Ana Celeste de Araújo Pitiá é Doutora em Enfermagem Interunidades, com enfoque em Acompanhamento Terapêutico (AT) e ênfase em Saúde Mental pela EERP/ USP- Ribeirão Preto/SP. Foi Pesquisadora na Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto-SP, CNPq/EXP-1. É Terapeuta em Análise Bioenergética pela Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética de Ribeirão Preto/SP, filiado ao International Institute for Bioenergetic Analysis/ New York; Mediadora de Conflitos e Facilitadora de Diálogos pelo Instituto ConversAções/Ribeirão Preto/ SP; Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Barão de Mauá/Ribeirão Preto/SP. Diretora da Comviver, coordenadora na formação e supervisão do trabalho em AT. Endereço: Comviver. Av. Dr. João Palma Guião, 863. Alto da Boa Vista. Ribeirão Preto/SP, Brasil. CEP 14025-350 Ribeirão Preto/SP, Brasil
E-mail: anaceleste@grupocomviver.com

Como citar:

Pitiá, A. C. A. (2013). Acompanhamento Terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, 25(n. spe. 2), 73-81.

Anexo

Roteiro de Avaliação dos Acompanhamentos terapêuticos (ROAAT)¹

1. Identificação

Nome _____

Endereço: _____

Natural: _____

Procedência: _____

Data de nascimento: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____

Número de filhos: _____

Nome do cônjuge e dos filhos: _____

Qual pessoa da família que mais se relaciona: _____

2. Dados de vida pessoal

Desenvolvimento pessoal: O que se sabe sobre: nascimento; infância; adolescência; vida adulta; maturidade.

Hábitos pessoais: Comportamento antes e depois da manifestação dos sintomas: rotina em casa, hábitos cotidianos, convivência com as pessoas próximas, desempenho de atividades, lazer; contatos sociais.

Apresentação pessoal: Modo de se vestir; jeito de falar; preferências de assuntos; cuidado com o corpo e vestimenta.

Hábitos de saúde: Sono, alimentação e preferências alimentares; lazer; contatos sociais.

3. Dados médicos

Como surgiu o problema:

Qual pessoa da família que atentou para mudanças no comportamento da pessoa e como foi feito o encaminhamento para tratamento:

Quem da família acompanhou ao médico:

Exames realizados:

Diagnóstico:

Medicações que faz uso:

4. Dados corporais

Percepção sobre o próprio corpo: o que observa em si próprio que lhe chama a atenção; de que maneira se vê movimentando o corpo; como sente que respira; que parte mais incomoda; que modificação gostaria de realizar em si próprio.

Percepção do próprio corpo em relação aos demais corpos: como pensa que as outras pessoas vêm seu corpo; como percebe o toque das outras pessoas em si mesmo; qual a parte do corpo que gosta de ser tocada.

Percepção do corpo de outras pessoas: o que mais chama a atenção no corpo das pessoas; que parte do corpo das pessoas gostaria que tocassem a si próprio.

5. Observações do acompanhante terapêutico

Comportamento e hábitos da pessoa; aspecto corporal; modo de andar e se apresentar frente ao ambiente social.

Contato da pessoa diante de outras pessoas: qual a pessoa que mais se identifica no seu ambiente; como recebe a intervenção terapêutica de toque; evolução da expressividade verbal e corporal.

Contexto social em que vive a pessoa: condições de moradia; a relação entre as pessoas da casa; nível sociocultural da família.

¹. Instrumento criado para trabalho clínico em Acompanhamento Terapêutico (AT). Aprovado como parte da tese de doutorado da autora.