



ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

SUMÁRIO

1-	CAMPO DE ATUAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO	3
2-	O ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO COMO ESTRATEGIA COMPLEMENTAR DE ATENÇÃO	8
3-	POR QUE ENCAMINHAR AO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO	19
4-	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, CLÍNICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL UMA RELAÇÃO POSSÍVEL	35

REFERÊNCIAS

1- CAMPO DE ATUAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

O acompanhamento terapêutico (AT) trata-se de uma modalidade de atendimento psicológico em que o local do trabalho é justamente o contexto do paciente. Certamente que inserido nesse contexto, o acompanhante terapêutico (profissional) atua de maneira diferenciada em diversos aspectos. Nessa direção, o livro, organizado por Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, denominado "Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias" apresenta esse campo de difícil definição, tamanha sua diversidade e amplitude. Essa indefinição, segundo Luciana Chauí-Berlinck, está presente na maior parte dos aspectos dessa atividade; por outro lado, ela esclarece que a publicação desse livro, apresenta uma série de possibilidades, parâmetros e reflexões acerca dos acompanhantes terapêuticos, pacientes, teorias e aspectos éticos dessa atuação.

A obra foi organizada em quinze capítulos escritos por especialista da área de AT de diferentes formações clínicas. Sua leitura é recomendada para os interessados por esse campo, estudantes e profissionais clínicos que desejam refletir sua atuação nos contextos privados, sejam eles institucionais ou particulares. O primeiro capítulo, escrito por Andrés E. A. Antúnez, Kleber D. Barreto e Gilberto Safra, introduziu o AT como um modelo de intervenção que ocorre no cotidiano de uma pessoa. Nesse sentido, a proximidade do acompanhante terapêutico o faz testemunha de que o adoecimento pode ser visto não só como decorrente de dinâmicas intrapsíquicas, mas também do mal-estar no mundo social e cultural. Os autores apresentaram um relato de atendimento de Minkowski, cujo paciente tinha 66 anos e foi acompanhado 24 horas por dia, durante sessenta dias. Na apresentação, os autores fazem importantes considerações sobre a temporalidade e a importância do futuro, como um elemento de expansão e sentido para o cotidiano.

Escrito por Carla A. B. Gonçalves, o segundo capítulo contextualizou o AT na Reforma Psiquiátrica. Importantes considerações foram feitas a respeito da loucura, sua inserção e aceitação social. Destacou-se na medida em que a Reforma Psiquiátrica extinguiu a loucura como situação marginal, por meio dos princípios de

inclusão, solidariedade e cidadania. O AT possuiu uma atuação específica para esse paradigma, sendo essa atuação produto da reforma. Trata-se de uma produção de valor social que auxilia e transforma a exclusão secular vivida por esses pacientes. A autora também articulou um caso em que a produção cultural e social produziu sentido de existência. Destacou, ainda, a importância da flexibilidade do terapeuta para se adequar à demanda do paciente, a construção de um projeto individualizado com sentidos que proporcionaram ao acompanhado exercer sua contratualidade.

No terceiro capítulo, o autor Maurício Porto relacionou a formulação de Foucault sobre o biopoder com o processo de intervenções e controles regulatórios para a produção da vida. Nessa reflexão, delineou a regulação da vida de um paciente por meio de um hospital psiquiátrico. É o acompanhar a evolução da doença e incitar no doente uma saúde que, individualmente, o recuperasse, devolvendo-o ao convívio regular na norma. Destacou a tendência na sociedade de controle de sempre expandir o território e incluir as populações em seus processos de gestão da vida, por meio da produção de um cotidiano que dilui fronteiras sociais. E justamente nessa condição é que o AT investe em nomadismo e fornece segurança ao acompanhado por estar inserida no próprio sistema de sua vida em sociedade.

Para o quarto capítulo, de Julio C. R. de Oliveira e Arthur Tufolo, e o quinto, de Carolina G. de Batista, foi mencionada a importância da proximidade do acompanhado e o processo de envelhecimento em estudos de caso. Para a proximidade, os autores consideram a distância e o uso de uma lenta aproximação para permitir a intimidade. Isso auxilia no intenso medo sobre as alterações do ambiente causadas por um acompanhante terapêutico. Para o envelhecimento, essa mesma situação é relatada. A autora relacionou, ainda, o processo de exclusão da loucura com a velhice e destacou o papel do AT como recurso em que acompanhantes e acompanhados reinventam um modo de se relacionar e estar no mundo, sendo o acompanhante um intérprete ativo que realiza ações possibilitadoras de encontros, movimento e atitudes.

No capítulo seguinte, por Ananéia M. Bezerra, foi apresentada importância do trabalho de um acompanhado por uma equipe de acompanhantes. Nele foram dialogadas implicações, como a mudança de membros da equipe, as diferenças do

sexo do acompanhante e a visão do outro profissional. Essas situações trouxeram pontos importantes para o trabalho com AT nas dinâmicas interpessoais e o processo de redução de crises. Ainda para a redução de crises, o capítulo sétimo, de Maria S. Logatti, caracterizou o AT como um apagador de incêndios e abordou sua atuação na resolução de crises e problemas mentais específicos. A autora apresentou um estudo de caso, no qual relatou a importância do papel dos outros moradores da casa do acompanhado, a necessidade da medicação de base, a busca de atividades para enriquecer a vida social/funcional e o exercício da autonomia pela compreensão das limitações do paciente.

Considerando a importância do AT e o acompanhamento de pessoas com deficiência, Carolina Y. Fujihira organizou o oitavo capítulo e relacionou a inserção social desses indivíduos e as necessidades que surgem para acompanhamento. A partir de uma vivência específica de dois acompanhados com deficiência intelectual, a autora dialogou sobre invisibilidade social vivenciada em aspectos como a sexualidade, o cumprimento de normas sociais exigidas para determinados contextos, a identidade de um indivíduo com deficiência, entre outros. Por fim, concluiu que a necessidade de apoio não significa impedimento, e sim possibilidade.

Em dois estudos de caso, o capítulo nono, escrito por Ricardo T. de Deus, e o décimo, por Alexandre S. Piné trouxeram pontos comuns sobre o amadurecimento. Para o nono, tratou-se de uma paciente psicótica de 28 anos que possuía o sentimento de não estar sincronizada com sua idade biológica. Nesse estudo de caso, o autor utilizou a clínica Winnicottiana para destacar a tendência inata ao amadurecimento e a presença contínua de um ambiente facilitador que forneça ao indivíduo cuidados suficientemente bons para retomar o seu processo de amadurecimento. A necessidade de temporalização, retorno aos aspectos da realidade e diminuição dos sintomas persecutórios foram essenciais na atuação do AT. Intervenções semelhantes nessas três dimensões também foram mencionadas no estudo de caso do capítulo décimo, que tratou de um paciente de 65 anos, vítima da ditadura militar brasileira. O autor não somente retratou uma imobilidade física, mas mental nos aspectos do passado, das ideias das confluências da vida e dos afetos. A utilização de elementos da realidade foi um recurso bastante utilizado no

tratamento. Em especial, esse capítulo descreveu com profundidade os limites enfrentados pelo acompanhante e sua vontade de desistir do processo.

Saindo da temática dos estudos de casos, o décimo primeiro capítulo, escrito por Caroline O. M. Vidal e Kleber D. Barreto, analisou um conto de Guimarães Rosa à luz do AT. Em sua análise, os autores descreveram que a loucura não exclui a condição humana fundamental de acompanhar e ser acompanhado, a possibilidade de estar com o outro, de sentir com o outro. E ponderaram que a ética da clínica do acompanhar não está em evitar experiências de sofrimento, mas sim em criar possibilidades de transformar tais vivências, usar o que nelas se viveu como potência, como marcha.

Reflexões sobre a experiência de um AT com um adolescente foram descritas no décimo segundo capítulo, por Marcelo S. Cruz. Esse estudo de caso apresentou um jovem de 17 anos, adotado quando criança e suas dificuldades enfrentadas na vivência com os pais. O autor descreveu, para essas vivências, sentimentos de vazio e necessidades emocionais pouco reconhecidas ou atendidas devido à dificuldade de apropriação do filho. Havia um sério conflito de valores inalcançáveis que confirmavam a insuficiência do jovem, que ao mesmo tempo agredia e procurava incorporá-los/atingi-los. O abuso de substância foi relatado como um suprimento na suposta falta de investimento e a experiência de vazio vivida por esse paciente.

Em Clariceando e o AT, a autora do décimo terceiro capítulo, Daniela D. Torre, encontrou em Clarice Lispector um formato literário para aproximar acompanhante e acompanhado. Nesse relato de caso, a autora abriu fronteiras para que o sofrimento humano entrasse em movimento. Nesse encontro, o AT foi um parágrafo vivo que antecedeu a morte da paciente, dois anos mais tarde. A paciente era uma viúva, filha de intelectuais, nascida na década de 40, cujo acúmulo de coisas, a ausência do outro, o cenário abandonado de uma casa e as alterações de peso do seu corpo denotaram um profundo sofrimento e uma busca incansável por si mesma. O AT, nesse caso, possibilitou o estabelecimento da integração do *self*, perdido ao meio da poeira e da ausência do outro.

No penúltimo capítulo, Sheila de Marchi expôs uma experiência de AT numa atividade ocupacional artística com pacientes de baixa renda com transtornos psiquiátricos. Tratou-se de uma convivência fora da instituição de tratamento, em um projeto elaborado em parceria com o Museu de Arte Moderna de São Paulo. Nessas vivências, a autora descreveu o valor da experiência artística na proximidade com as fantasias desses pacientes. Destacou-se a importância do acompanhante em se colocar ao lado do acompanhado, durante o percurso e até mesmo na própria atividade, sendo os resultados um fortalecimento do compromisso e autonomia nas atividades, além do reconhecimento pelo trabalho artístico e melhorias no relacionamento familiar.

E por fim, no último capítulo, Tânia Possani apresentou algumas passagens clínicas e ponderou a empatia como a condição que melhor descreve o trabalho do AT. Nessas passagens, destacou a mutualidade da empatia não somente por parte do acompanhante. Além dessa condição, trouxe a importância da confiança e a compreensão da comunicação do outro. A autora descreveu que há algo que é comunicado que está além do discurso representacional, e também articulou conceitos para um posicionamento ético nos atendimentos, como corpo, corporeidade, empatia e estética.

Considera-se que a publicação do livro "Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias" preenche uma importante parte da lacuna no campo de publicações nacionais dessa modalidade de atendimento. Esse importante pedaço está relacionado à tamanha diversidade de situações, teorias e práticas organizadas nos capítulos. Os textos apresentam reflexões pertinentes e muito bem embasadas e fornece ao leitor um referencial de ações para um AT.

2- O ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO COMO ESTRATEGIA COMPLEMENTAR DE ATENÇÃO

O acompanhamento terapêutico (AT) constitui um importante instrumento de integração de projetos assistenciais centrados na atenção psicossocial. Suas ações se inserem como práticas opostas aos modelos asilares de tratamento, alinhando-se a propostas da reforma psiquiátrica e sanitária (Fiorati, 2006).

A atenção psicossocial se apresenta como projeto ético-estético-político, no sentido proposto por Guattari (1996), que busca a autonomia do indivíduo a partir do desenvolvimento de sua cidadania e participação política e integração ao território, além da horizontalização das relações profissionais intra e interinstitucionais (Brasil, 1988, 1994, 2002, 2010); assim, vem consolidando-se como o referencial teórico predominante do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, constituindo as bases da política pública oficial (Guljor, 2003). Desse modo, a atenção psicossocial caracteriza-se como uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira e assume um papel preponderante no campo assistencial por nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental.

Essa construção advém de movimentos reformistas em torno do cuidado à loucura, sendo ancorada, principalmente, no modelo italiano da psiquiatria democrática, o qual tinha como pressupostos uma reorganização dos serviços em torno de práticas de territorialização (e desinstitucionalização), atribuição de responsabilidade ao louco e questionamento do poder psiquiátrico em torno das ações de saúde mental. Oficialmente, a inserção do modelo de atenção psicossocial se inicia com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira e dos Núcleos de Atenção Psicossocial, na cidade de Santos (SP) – década de 80 (Amarante, 2000).

Busca-se, portanto, que a atenção à loucura seja promovida fora do âmbito asilar (que a segregou e tutelou por tantas décadas), através da integração de diversos setores sociais, em especial a saúde, a assistência social, a educação e a Justiça (Brasil, 2002). Contudo, essas ações ainda se encontram delimitadas em torno de

alguns serviços, sendo questionável a existência de uma rede integrada em saúde mental.

De acordo com autores como Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), a atenção psicossocial pode ser descrita a partir da seguinte matriz: 1) a integralidade das ações de cuidado no território, 2) horizontalização das relações profissionais e intransitacionais, 3) a construção de uma ética da autonomia e da singularização do indivíduo em sofrimento psíquico e 4) a implicação subjetiva desse indivíduo no cuidado territorializado. Além disso, de acordo com a *III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental*, enfatiza-se que a atenção psicossocial deve possuir como premissas: 5) a intersetorialidade nas práticas desenvolvidas e 6) a desinstitucionalização do usuário aos serviços (Brasil, 2010, 2002).

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelo acompanhante terapêutico se alinha a essa lógica. O AT pode ser definido como uma prática cujo espaço clínico está nas ruas (Bezerra & Dimenstein, 2009; Palombini, 2009), como um dispositivo clínico que almeja, entre outros, aproximar o sujeito das ofertas de laço social (Pitiá & Furegato, 2009; Hermann, 2010; Reis-Neto, Pinto, & Oliveira, 2011), resgatando vínculos, sua cidadania e sua circulação em espaços que façam sentido para o portador (Carniel & Pedrão, 2010; Chauí-Berlinck, 2010).

De acordo com Fiorati e Saeki (2008), essas ações de inserção social promovem a expressão de formas particulares de existência. Para Silva, Costa e Neves (2010), através dessas estratégias, desenvolve-se um recurso em saúde mental alternativo à internação em hospital psiquiátrico. Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009) consideram que o AT se caracteriza como uma intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares, facilitando um retorno a condições existenciais perdidas e, por conseguinte, ambicionadas. Pitiá e Furegato (2009) descrevem a ação do AT como um instrumento de ação terapêutica em que se considera o sujeito em seu contexto socio-histórico-psíquico-biológico e cultural.

Com origem na década de 60, na Argentina, o trabalho do acompanhante terapêutico supre uma necessidade clínica para pessoas que não tinham respostas para as ações terapêuticas tradicionais (Mauer & Resnizky, 1987; Sereno & Porto,

1991). No Brasil, com o surgimento das primeiras comunidades terapêuticas, esse profissional surge com a denominação de auxiliar psiquiátrico (Ibrahim, 1991).

O trabalho do auxiliar psiquiátrico era desenvolvido, nessa época, dentro das instituições, sendo suas funções ligadas ao desenvolvimento de jogos e festas, dentre outras atividades recreacionais. Contudo, na década de 70, com a política do regime militar de internação asilar em detrimento de outros modelos de cuidado, as comunidades terapêuticas entram em declínio e os auxiliares psiquiátricos perdem seu espaço de atuação. Por conseguinte, começam a ser solicitados para trabalhos particulares, dentro do ambiente doméstico, que proporcionam o contato direto com o cotidiano e o universo familiar do indivíduo em sofrimento psíquico (Berger, Morettin & Braga Neto, 1991).

Com isso, esses profissionais passaram a ser solicitados para trabalhos particulares na residência dos pacientes e os acompanhamentos passaram a ser feitos no ambiente doméstico, o que proporcionava a oportunidade de entrar em contato direto com seu cotidiano e universo familiar. Esse modelo interventivo definiu sua área de atuação, principalmente com pacientes psicóticos, em uma busca por reintegrá-los na sociedade e para reconstruir os vínculos familiares (Zamignani & Wielenska, 1999). Apesar de ter se destacado, inicialmente, no acompanhamento de casos de psicose, esse profissional se consolida na assistência de diversos transtornos.

Desse modo, o acompanhante terapêutico poderia ser situado, no contexto da reforma psiquiátrica, como um agente que permite novas formas de sociabilidade apoiadas na interação dialógica, desenvolvendo posicionamentos que saem da interdição para assumirem a interlocução, o livre trânsito e para reposicionar os sujeitos dentro da dimensão subjetiva, sociocultural e histórica. Essas ações tornam o sujeito agente produtor e transformador, mobilizando-o como protagonista do seu tratamento (Fiorati & Saeki, 2008). Assim, esse trabalho possui uma especificidade que possibilita um fortalecimento das estratégias desenvolvidas pela saúde mental para a implantação da atenção psicossocial dentro das práticas de cuidado ofertadas pela rede, a qual encontra como dispositivo por excelência os Centros de Atenção Psicossocial.

Nesse sentido, questiona-se sobre a forma como a atenção psicossocial vem sendo desenvolvida dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos que têm como finalidade a implantação e o funcionamento dessa estratégia de atenção no âmbito da saúde, buscando-se alternativas para a superação dos impasses da rede de saúde mental. Assim, o objetivo deste trabalho é refletir sobre as possibilidades de contribuição do acompanhante terapêutico dentro da atenção psicossocial.

Os centros de atenção psicossocial e novas cronicidades

De acordo com a Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde, o CAPS assume o papel de regulador da porta de entrada na saúde mental e de coordenador do cuidado na rede ao indivíduo com transtorno mental severo e persistente (Brasil, 2002). Sua proposta terapêutica se adapta a um modelo de não internação, promovendo o cuidado de atenção diária sem retirar o usuário de seu território. O ministério da Saúde estabelece que os CAPS devem prestar como assistência ao usuário de seus serviços: atendimento individual e grupal, atendimento por oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social, comunitário e familiar (Brasil, 2002).

Desse modo, os CAPS propõem desenvolver um projeto terapêutico individualizado que tenha como objetivos o tratamento e a reabilitação psicossocial, e o trabalho deve estar em consonância com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários. Por isso, esse projeto deve desenvolver-se inserido em uma clínica ampliada e centrada no sujeito (Onocko- Campo & Furtado, 2006); além disso, deve alinhar-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada. Diante disso, questiona-se: o CAPS tem funcionado dessa forma?

Apesar de sua proposta assistencial, ainda predomina a reprodução de modelos biomédicos dentro dos CAPS e a desresponsabilização pelo usuário dentro da rede (Dimenstein et al., 2009; Pegoraro & Caldana, 2008; Venâncio, 2007). Com isso, o

cuidado se torna fragmentado, havendo apenas uma relação pontual entre profissional/usuário, reafirmando a lógica ambulatorial que se propõe ultrapassar (Dimenstein et al., 2009). Essa lógica remete à produção de novas cronicidades aos usuários, o que revela que ainda não se rompeu totalmente com o modelo manicomial. Como aponta Amarante, apesar dos incontestáveis avanços conquistados, nós nos situamos diante de um cenário em que os objetivos eticamente orientados para a abolição dos tratamentos de cunho manicomial estão longe de serem alcançados em sua plenitude.

Dimenstein et al. ainda demonstram que, no funcionamento de muitos CAPS, observase um modo de funcionamento centrado no trabalho individualizado de diferentes técnicos, com pouca inserção no território. Os autores também destacam que, em alguns casos, as atividades e as oficinas se tornam tarefas rotineiras em que não se permite a criação de novas estratégias de cuidado, tornando-se dispositivos de ocupação do tempo.

Um fenômeno observado por alguns autores como uma decorrência desse modo de funcionamento é a institucionalização do usuário produzida nos CAPS. Esse é um tema polêmico e que remete à produção de novas cronicidades, expressas na retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar fora dos serviços e nas portas de saída e circulação na rede (Alverga & Dimenstein, 2006). De acordo com Barros (2003), existem três □ordens de cronicidade□:

- a) as *novas cronicidades* dos pacientes que se tornam *usuários-pacientes*, pois estão e/ ou são postos de forma passiva frente ao desafio de produzir outra subjetivação. Essa produção decorre de fatores como o contexto sociofamiliar (refratário à inclusão) e sociopolítico (adverso e precário). Além disso, podem ser apontadas as condições socioculturais marcadamente discriminatórias advindas do estigma dos *pacientes psiquiátricos*;
- b) a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, que se reflete na dificuldade em conciliar a discussão clínica com a análise dos processos trabalhistas e institucionais. Essa cronicidade também é observada na dificuldade de a formação permanente ser aliada às práticas dos serviços, de modo que as marcas

da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação sejam superadas;

c) a cronicidade que se produz devido à inexistência ou à fragilidade de uma efetiva rede de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica na existência desorganizada de várias portas de entrada e na falta de portas de saída.

Dessa forma, desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias, é enfrentar o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede, o que implica a adoção de modelos de atenção integral de base territorial (Liberato, 2009). Como afirma Pitta (2001), a assistência em saúde mental propõe a descentralização da atenção, através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, vinculando o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e de produção de vida. Esse processo destinase a construir o melhor nível possível de autonomia do indivíduo, no exercício de suas funções sociais (Pitta, 2001).

Contudo, embora se preconize a promoção desse cuidado descentralizado, territorializado, o usuário recebe prioritariamente assistência dentro dos serviços, transformando, muitas vezes, o território em adscrição geográfica, em vez de espaços de convivência, nos quais ocorrem a significação e a construção da familiaridade e do pertencimento a esse local. Desse modo, o CAPS, na forma como tem funcionado em muitos serviços, mostra-se um dispositivo que encontra dificuldades em oferecer o cuidado proposto pela atenção psicossocial, sendo observada a necessidade de construção de novos dispositivos para lidar com as questões de saúde mental. Essa dificuldade decorre dos percalços enfrentados no processo de articulação com outros equipamentos, decadentes pela precariedade de recursos físicos, humanos e materiais e de condições limitadas para garantir a assistência integral de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Amarante ressalta que o processo de desinstitucionalização se faz a partir da trilogia: negação, superação e invenção. Como destaca, ainda:

Mais que o concreto, as lajes, as grades do hospício, é esse conjunto que sobredetermina gestos, olhares, posturas e exercita limites, intolerância, e diferenças presentes no próprio hospício, mas presentes também no ambulatório,

centros de saúde mental comunitários, hospitaldia, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, locais de trabalho, salas de aula, meio familiar, entre outros. (Amarante, 1994, p. 115)

A transformação das políticas psiquiátricas produziu o desenvolvimento de novos serviços, situação social que revolucionou práticas sociais forjadas há longo tempo. Com isso, o sujeito, relegado às margens da sociedade, volta ao seu centro. Mas, e os preconceitos que justificavam seu confinamento? O desenvolvimento de novas práticas demolirá tão facilmente as barreiras simbólicas como as materiais? (Jodelet, 2005).

Desse modo, torna-se imprescindível que esse processo não fique somente no desenvolvimento de serviços substitutivos, mas que ocorra mudança no paradigma das ações em saúde mental, através da transformação das representações partilhadas socialmente pela loucura (Amarante, 2000, 2007).

Em consonância com essas questões, autores como Yasui e Costa-Rosa (2008) concebem que o cuidado ofertado pela atenção psicossocial deve perpassar a lógica do centro de atendimento, desenvolvendo uma rede de assistência que possa garantir a assistência do usuário em suas mais diferentes esferas, sendo a equipe seu principal alicerce, e o território, seu espaço de atuação. O CAPS pode ser considerado um centro de referência, mas não o único lócus do cuidado.

Assim, dois dispositivos demonstrados que têm possibilidade de solucionar esse problema são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Matriciamento (Yasui & Costa-Rosa, 2008; Dimenstein et al., 2009), que garantem ações integralizadas ao cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico. Esses dispositivos viabilizam o suporte técnico às equipes de ações básicas de saúde, assim como intervenções e atendimentos conjuntos, promovendo corresponsabilização pelos casos. Com isso, ocorre melhor articulação entre as equipes dos CAPS com a atenção básica, deslocando o cuidado dos espaços tradicionalmente institucionalizados para um trabalho com as famílias e as comunidades. Mas surge ainda o questionamento: será possível alcançar ações integrais aos usuários com esses dispositivos?

A integralidade pode ser alcançada através da integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, sendo, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e de coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (Hartz & Contandriopoulos, 2004).

Entretanto, um componente indissociável da integralidade é a intersetorialidade (Alves, 2001), pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (Junqueira, 2004). Para intervir nos problemas sociais, torna-se necessário que os diversos atores sociais e organizacionais participem da gestão das políticas sociais, privilegiando a ação intersetorial (Dabas, 1995).

Assim sendo, como afirma Liberato:

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas. (2009, p. 5).

Assim, deve-se apontar como finalidade de uma ação intersetorial a promoção da territorialização do cuidado, fora de estabelecimentos. O território é definido pela significação/ressignificação de um espaço por um determinado grupo social (Faria & Bortolozzi, 2009), através da produção de familiaridade e propriedade (pertencimento) (Barros, 2006). Com isso, territorialização significa ação culturalmente embasada nas singularidades de cada sujeito em seu universo interacional.

Diante desses problemas, percebe-se a importância de um cuidado mais individualizado, com um direcionamento para a possibilidade de reconstrução de

aspectos relevantes na produção social da vida, demonstrando outras formas de assistência e de inserção social e que evitassem o circuito vicioso de práticas asilares e de novas cronicidades (Fiorati, 2006).

Dessa forma, o acompanhamento terapêutico surge como uma proposta que pode responder a algumas dessas dificuldades. A partir de ações de resgate da cidadania, por meio da vivência partilhada das práticas cotidianas, o AT constrói formas de cuidado que se apoiam na singularização do sujeito. Essas ações envolvem o indivíduo em sua dimensão subjetiva, sem demarcações de territórios e fragmentação dos saberes e das práticas (Fiorati, 2006). Assim sendo, considerando as premissas da atenção psicossocial em relação à promoção da saúde e sua construção no território do sujeito, considera-se que o AT tenha um papel determinante nesse processo. Com suas ações, os sujeitos podem circular em seus espaços cotidianos, ressignificando suas ações rotineiras, assim como nos benefícios ou danos que podem estar aí atribuídos. O AT se apresenta como um ator que leva o cuidado ao sujeito fora dos muros institucionais, atuando no percurso de suas vidas, em sua relação com o mundo. O seu trabalho constitui uma ação necessária que pode articular a atividade dos CAPS, a atenção psicossocial para o contexto cotidiano de seus usuários, amenizando, inclusive, possíveis efeitos de novas cronicizações. Sua práxis ocorre no encontro com o sujeito em seu dia a dia, em suas atividades rotineiras, em suas atividades de lazer, em suas vivências, e tem como finalidade a promoção de um cuidado fora do espaço institucional, desvinculando a prática da saúde desses espaços.

Entretanto, vale ressaltar, não necessariamente o dispositivo clínico do acompanhamento terapêutico pode ser considerado como o determinante desse processo de construção de uma atenção psicossocial. A forma como se pratica esse dispositivo pode também remeter à quebra de vínculos, promovendo uma atenção tutelada e segregada, com marcas do modelo asilar. O trabalho do AT pode ser estratégico para a atenção psicossocial a partir do momento em que se trabalha dentro dessa lógica assistencial.

Considerações finais

Com isso, pode-se considerar que a atenção psicossocial ainda esteja em processo de construção, como base assistencial dos atuais equipamentos da reforma psiquiátrica. Como foi discutido, alguns CAPS, espaços privilegiados de implantação desse projeto, ainda se ancoram em práticas hospitalares/ asilares, produzindo inclusive novas cronicidades para seus usuários (Dimenstein et al., 2009). Além disso, os novos dispositivos desenvolvidos para a adequação desse cuidado promovem melhoria na rede, mas ainda não contemplam a intersectorialidade, embora consigam inserir um cuidado de base territorial.

Nesse sentido, parte-se de uma concepção de cuidado que implica a atuação dentro do cotidiano, dos espaços de convivência dos usuários. Por isso, torna-se importante a criação de novos circuitos de socialização para que se construa uma rede que funcione com base na participação social em diversas áreas, em espaços de inserção. Assim, são necessários equipamentos intersectoriais: centros de arte, bibliotecas, cinemas, museus, espaços com apresentações artísticas, assim como escolas de artes e ginásios de esporte, dentre outros, espaços em que diferentes setores possam contribuir para o cuidado e o desenvolvimento da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, considera-se que um ator que poderia atuar circulando nesses diferentes setores, nesses diferentes espaços, é o acompanhante terapêutico, promovendo a facilitação, a integração e a construção conjunta do usuário ao seu universo cotidiano e a novas redes culturais/interacionais. Reinserir é construir possibilidades, entrando nos universos da vida cotidiana através de vivências e de práticas partilhadas pela sociedade, não por meio de práticas alternativas, excludentes, voltadas unicamente para pessoas com problemas similares.

Por isso, o trabalho do AT permite o fortalecimento de uma rede intersectorial, na qual a atenção ofertada nos CAPS, por exemplo, pode articular-se com as ações da atenção primária, pois o cuidado promovido por esse ator desenvolve-se em uma elaboração com o usuário, dentro de sua rede comunitária. Assim, o cuidado se

torna culturalmente localizado dentro da realidade do sujeito, em conformidade com suas tradições e com os objetivos de sua inserção territorial e autonomia política.

Deve ser ressaltado que é indubitável o avanço promovido pelos atuais modelos de cuidado em saúde mental na atenção à loucura. Contudo, o processo de construção desse cuidado requer constante revisão e atualização. Por isso, diante dessas lacunas e aberturas, destaca-se a necessidade de uma nova estratégia de composição dessa rede de assistência: o acompanhante terapêutico. Esse profissional pode atuar como um dispositivo estratégico aos objetivos da atenção psicossocial de inclusão do usuário e de ressignificação de suas ações dentro de seus espaços de convivência, com desenvolvimento de autonomia e de implicação subjetiva.

3- POR QUE ENCAMINHAR AO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

HISTÓRIA DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

O trabalho do acompanhante terapêutico (AT) surgiu na Argentina, no final da década de 1960, como uma necessidade clínica para pacientes cujas terapêuticas clássicas fracassavam. Inicialmente o AT foi chamado de "amigo qualificado", mas tal termo caiu em desuso pelo seu conteúdo amistoso e pouco profissional. O AT não é um amigo, ainda que possa estabelecer vínculos afetivos intensos com o paciente, mas sim, um agente terapêutico que realiza tarefas e é remunerado para isto (Mauer & Resnizky, 1987; Porto & Sereno, 1991).

Outros fatores foram decisivos para o trabalho do acompanhante terapêutico, como os movimentos antimanicomiais e a antipsiquiatria difundidos pela Europa entre as décadas de 1950 e 1960. É nesse momento e contexto que surgem na Inglaterra, Alemanha e EUA as chamadas "comunidades terapêuticas", cujo propósito era buscar novas formas de relação com a loucura, criando locais de acolhimento "concebidos como refúgio onde a verdade e o poder de contestação contidos no discurso louco poderiam ser reconhecidos" (Berger, Morettin & Neto, 1991, p. 22).

No Brasil, no final da década de 1960, os ideais da antipsiquiatria começam a tomar corpo com o surgimento das primeiras comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Nessas instituições, o recurso de acompanhamento terapêutico começa a ser utilizado e exercido por jovens, geralmente universitários. Esses "seriam capazes, sem ter que se preocupar com um futuro na carreira de enfermagem, de se permitir à aproximação e à experiência dos pacientes desintegrados" (Cooper, citado por Berger e cols., 1991, p. 23). Tais profissionais foram denominados de "auxiliares psiquiátricos" (Ibrahim, 1991).

O auxiliar psiquiátrico tinha como área de trabalho o sujeito dentro da própria instituição, e participava de todo o cotidiano dos pacientes, tanto de regime hospitalar-dia como de internação. Suas atividades consistiam em coordenar, junto aos outros profissionais, as atividades desenvolvidas, tais como jogos, realização de

festas, atividades diárias, etc. Contudo, na década de 1970, com a política do regime militar de privilegiar a internação asilar em detrimento de outros tipos de tratamento da loucura, ocorre o declínio das comunidades terapêuticas, fazendo com que os auxiliares psiquiátricos percam sua funcionalidade e sua área de trabalho, pois remunerá-los tornara-se inviável para tais instituições. Assim, os auxiliares psiquiátricos que trabalhavam nas instituições continuaram a ser solicitados para trabalhos particulares na residência dos pacientes e os acompanhamentos passaram a ser feitos no ambiente doméstico, proporcionando entrar em contato direto com o cotidiano e o universo familiar (Ibrahim, 1991).

O acompanhante terapêutico exercia funções tais como administrar medicações, ser confidente, ego-auxiliar, e até mesmo, fazer o papel de superego (Ibrahim, 1991). Esta forma de intervenção, baseada nos pressupostos psicanalíticos, definiu sua área de atuação principalmente com pacientes psicóticos, numa busca por reintegrá-los na sociedade e no vínculo familiar (Ibrahim, 1991; Mauer & Resnizky, 1987; Porto & Sereno, 1991; Zamignani & Wielenska, 1999).

Mauer & Resnizky (1987) sugerem as funções principais do acompanhante terapêutico, sendo elas: 1) conter o paciente; 2) oferecer-se como modelo de identificação; 3) trabalhar em um nível dramático-vivencial e não interpretativo; 4) emprestar o "ego"; 5) perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; 6) informar sobre o mundo objetivo do paciente; 7) representar o terapeuta; 8) atuar como agente ressocializador; e 9) servir como catalisador das relações familiares.

Esses autores ressaltam ainda as condições que um indivíduo deve ter para ser um acompanhante terapêutico. Entre essas condições inclui-se vocação para a assistência, alto grau de comprometimento, interesse por trabalhar em equipe, maturidade, autonomia, capacidade de empatia e vínculo, flexibilidade em estabelecer limites fortes, capacidade de aliar a teoria com a prática, além de ausência de preconceitos e estereótipos (Mauer & Resnizky, 1987).

Analisando o contexto histórico em que o AT foi criado, percebemos que sua base teórica fundamental tem sido a psicanalítica, principalmente naquilo que se refere à

etiologia das patologias, em especial, daquelas vinculadas às psicoses. Dentro de uma proposta psicanalítica mais atual destacamos o trabalho de Ribeiro (2002), que propõe uma perspectiva lacaniana no campo das psicoses e das neuroses graves, onde se insere a atuação do AT como forma de "limitar a desorganização do imaginário e servir como pontos de ancoragem na 'realidade'" (p. 85), atuando de maneira a reatar o laço social a partir da restauração da ordem simbólica. Sendo assim, "o dispositivo do acompanhamento dirige-se à mediação das relações do psicótico com o mundo, na rearticulação dos vínculos sociais e na reconstrução da imagem corporal" (p. 83).

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO E TERAPIA COMPORTAMENTAL

Nas décadas de 1960 e 1970, com a difusão dos pressupostos da Análise do Comportamento e sua aplicabilidade no contexto clínico, surgem os "modificadores de comportamento", que utilizavam técnicas comportamentais em programas terapêuticos (Barcellos & Haydu, 1998; Zamignani & Wielenska, 1999). Três aspectos marcaram esta proposta: 1) parecia viável a transposição do modelo de laboratório para a situação clínica; 2) pretendia-se atender à comunidade científica com o rigor da produção de conhecimento; e 3) pretendia-se atender aos clientes promovendo melhoras significativas (Guedes, 1993).

O processo terapêutico desenvolvido nessa época limitava-se à aplicação de procedimentos para diminuir a frequência de comportamentos considerados problemáticos e/ou aumentar a frequência de respostas desejadas. Essa prática gerou críticas ao modelo teórico e à sua transposição do modelo experimental com animais para aplicação em humanos num contexto clínico (Baptistussi, 2001). No começo, considerava-se que a Terapia Comportamental era limitada e que se empregaria principalmente no tratamento de fobias específicas ou problemas localizados, enfocando os comportamentos neuróticos e a utilização de técnicas que procuram reduzir a ansiedade dos pacientes (Barcellos & Haydu, 1998; Caballo, 1999; Range, 1998).

Em contrapondo a estas críticas, a Terapia Comportamental contemporânea reflete uma combinação de procedimentos verbais e de métodos multidimensionais em vez de abordagens únicas. Direciona maior atenção às responsabilidades do terapeuta e do cliente e à busca de ir além dos limites restritos do condicionamento tradicional com um enfoque na solução de problemas, o que levou muitos analistas comportamentais a dedicar-se principalmente ao trabalho de consultório (Guedes, 1993; Range, 1998).

Neste sentido, surge a ênfase no uso da análise funcional, que é, segundo Matos (1999), a busca por identificar o valor de sobrevivência de determinado comportamento em relação ao ambiente, ou seja, levar em conta aspectos do ambiente e a função que o comportamento tem neste.

No início da década de 1990, a Terapia Comportamental começa a se destacar na comunidade psiquiátrica pelos resultados obtidos com o uso de técnicas comportamentais em transtornos psiquiátricos severos. Tais intervenções caracterizam-se por um "trabalho intensivo, de cunho multiprofissional, realizado em instituições e ou no ambiente natural do cliente" (Zamignani & Wielenska, 1999, p. 158).

Zamignani e Wielenska (1999) referem que atualmente no Brasil o trabalho em situação natural tem sido feito, na maioria das vezes, por estudantes e/ou profissionais recém-formados, como é o caso do acompanhante terapêutico. Tal fato se deve, segundo estes autores, ao alto custo que esta tarefa pode representar para a família, e em se tratando de um estudante ou recém-formado, geralmente as expectativas de remuneração são menores.

Algumas habilidades são pré-requisitos para o aluno que se propõe a trabalhar como AT em abordagem comportamental, e dentre elas estão: a) treinamento em observação; b) conhecer conceitos básicos de análise do comportamento; c) conhecimento de técnicas de entrevista; d) capacidade de estabelecer relação terapêutica; e) ter clareza na aplicação das técnicas; f) ter noções básicas de psicopatologia e psicofarmacoterapia (Zamignani & Wielenska, 1999).

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, junto a profissionais da área de saúde mental, com a finalidade de investigar a percepção acerca da atuação do AT na prática clínica.

Participantes

A amostra da presente pesquisa foi selecionada intencionalmente. Participaram seis profissionais - homens e mulheres -, sendo três psicólogos e três psiquiatras da cidade de Porto Alegre. Para compor a amostra os participantes deveriam atender aos seguintes critérios: atuar como psicoterapeuta há mais de dois anos, trabalhar em equipe multi ou interdisciplinar e ter experiência em atendimento de pacientes em conjunto com um acompanhante terapêutico. O [Quadro 1](#) apresenta detalhadamente as características da amostra.

Instrumentos e materiais

Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada constituída de um total de sete questões abertas. A entrevista foi construída considerando os objetivos do estudo e a revisão da literatura. Os temas abordados na entrevista foram os seguintes: 1) critérios para indicação ao AT, 2) papel do AT na equipe, 3) características e habilidades esperadas do AT, 4) referencial teórico adequado para o AT e 5) formação mais adequada para o AT. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em fitas cassete, sendo posteriormente transcritas. Os participantes autorizaram sua participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram selecionados em clínicas de Porto Alegre em que reconhecidamente há a atuação de acompanhantes terapêuticos. Após a

apresentação do projeto e a autorização para a realização da coleta de dados, as entrevistas foram agendadas por telefone, sendo realizadas no próprio ambiente de trabalho dos participantes.

Análise dos dados

Os dados coletados a partir das entrevistas sofreram análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999). Considerando-se a natureza do estudo, as categorias foram determinadas a partir da leitura dos dados coletados (modelo aberto) e tiveram o objetivo de responder aos problemas de pesquisa apresentados anteriormente.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise de conteúdo (Bardin, 1977) possibilitou a construção das seguintes categorias:

1. Fatores para indicação de acompanhante terapêutico;
2. Papel do acompanhante terapêutico no tratamento;
3. Habilidades e características necessárias para o acompanhante terapêutico;
4. Referencial teórico e área de conhecimento mais adequada para a prática de acompanhante terapêutico.

A seguir são apresentadas as categorias e suas respectivas descrições, bem como a caracterização de cada tema. A fim de melhor organizar os dados, a discussão será realizada por categoria.

Categoria 1 - Fatores para indicação de acompanhante terapêutico

Nesta categoria foram incluídas as falas dos participantes que referem quais os fatores são considerados pelos profissionais no encaminhamento do paciente para acompanhante terapêutico. A categoria 1 foi dividida em sete subcategorias, sendo

elas: incapacidade funcional, dificuldades da família, classes diagnósticas, internação psiquiátrica, adesão ao tratamento, déficit no comportamento social e limites da psicoterapia.

Inicialmente, observa-se que as indicações para acompanhante terapêutico (AT) são influenciadas pelas "incapacidades funcionais" que o paciente apresente. Nestas, estão incluídas as habilidades mais básicas, tais como cuidados com a higiene, autogerenciamento, autocontrole, etc, que são chamadas de *atividades da vida diária* (AVD's). A dificuldade na execução das atividades diárias pode estar presente em diversos quadros psicopatológicos, tanto na vida adulta como na infantil (Amiralian, Pinto, Ghirardi, Masini & Pasqualin, 2000).

Segundo Pinto e cols. (2002), incapacidade funcional é a presença de dificuldade ou a impossibilidade de desempenhar atividades da vida cotidiana. Assim o termo "incapacidade" representa uma restrição da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano, e surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física ou sensorial. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária (Amiralian e cols., 2000).

Espera-se de um AT que ele realize atividades com o paciente e que lhe proporcione uma melhora de seu quadro, seja no ambiente social seja em sua casa. As intervenções devem ser direcionadas para os problemas específicos que o paciente apresenta, tais como as relacionadas às incapacidades funcionais, buscando-se a autonomia e autogerenciamento de sua vida.

Uma ferramenta bastante útil na investigação das incapacidades apresentadas pelo indivíduo é o *questionário de atividades da vida diária* (QAVD), no qual podem ser observadas as áreas de maior comprometimento a fim de proporcionar o melhor planejamento das intervenções e obter, assim, um maior sucesso (Amiralian e cols., 2000).

Não obstante, constata-se que as "dificuldades da família" constituem um fator para o encaminhamento para AT, principalmente naquelas famílias nas quais estão

presentes características como falta de disponibilidade, vínculos atribulados e falta de paciência. Desta forma, os familiares podem experienciar o estresse, conforme observam Lee e Gotlib (citados por Brito & Dessen, 1999), como resultado da frustração e sobrecarga nas atividades diárias. Nestes casos, o AT serviria como uma alternativa para realizar atividades relacionadas à atenção e ao cuidado do paciente, que a família não consegue desempenhar por percebê-las como incômodas ou onerosas.

No que se refere à subcategoria "classes diagnósticas", observa-se a referência àqueles quadros em que as incapacidades funcionais são mais freqüentes, tais como casos de transtornos de desenvolvimento, psicoses e doenças degenerativas. Outro aspecto abordado pelos participantes, embora não com tanta freqüência, são aqueles casos em que também há um leve comprometimento funcional. Nestes incluem-se os transtornos de ansiedade e de dependência de substâncias psicoativas, nos quais pode estar presente a perda de autonomia e de autocontrole.

Observa-se que, na percepção dos participantes, o AT desempenha um trabalho que muito nos lembra os primórdios da Terapia Comportamental (décadas de 1960 e 1970), principalmente no que se refere à intervenção em problemas específicos, como os casos de fobia.

Na subcategoria "internação psiquiátrica" observou-se que os profissionais consideram indicada a intervenção do AT tanto para os pacientes cuja internação psiquiátrica tenha sido prolongada, pelas características da psicopatologia ou das condições socioeconômicas da família, quanto para aqueles que não têm condições de internação, por motivos financeiros ou familiares. Entre estes últimos estão os pacientes que apresentem risco iminente de suicídio, e os que, por indicação dos participantes, podem ser monitorados pelo AT em seu próprio ambiente doméstico.

Na subcategoria "adesão ao tratamento" são referidos os casos daqueles pacientes que têm dificuldades em manter o que foi prescrito ou combinado. Assim, a indicação para o AT, na percepção dos participantes da pesquisa, estaria ligada à busca do cumprimento das combinações feitas entre terapeuta e paciente, incluindo a prescrição de medicação e o desenvolvimento de condutas mais adequadas.

No que se refere ao "déficit no comportamento social" como fator para indicação para AT, constata-se que o encaminhamento é dirigido àqueles pacientes que têm um comprometimento na capacidade de relacionamento social dentro de sua comunidade, devido a seu quadro sindrômico ou às limitações que este impõe. Neste sentido, podemos utilizar a definição de "desvantagem", que seria, segundo Amiralian e cols. (2000), um prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade que o limita ou o impede no desempenho de papéis esperados para a idade, sexo e cultura. Neste caso, torna-se importante a distinção dos termos "incapacidade" e "desvantagem". O primeiro está diretamente relacionado às funções mais básicas do indivíduo, enquanto o segundo refere-se aos prejuízos que a primeira pode impor, como é o caso do desempenho social, por exemplo. (Amiralian e cols., 2000).

Quanto aos "Limites da psicoterapia", observa-se que esta subcategoria aponta o trabalho do AT como uma alternativa que vem a suprir a necessidade de complementação do tratamento psicoterápico, principalmente em casos em que as intervenções devem ser estendidas para fora do consultório. Nesse sentido, a intervenção no ambiente natural do cliente propicia condições para a abordagem imediata do comportamento. Assim, o AT poderá intervir diretamente nas respostas e nas conseqüências do comportamento do sujeito (Baumgarth, Guerrelhas, Mazer & Zamignani, 1999), tornando sua atuação mais eficaz na modificação e na aprendizagem de padrões comportamentais.

Segundo Baumgarth e cols. (1999), a variável fundamental que define a decisão de intervenção no ambiente natural é o repertório comportamental do cliente, pois muitas vezes "é no ambiente natural que encontramos dispostos os reforçadores necessários para a aprendizagem de novas habilidades, a partir da exposição direta à contingência e teste efetivo de hipóteses" (p. 167). Assim, o AT vem a atuar junto ao paciente em seu ambiente, adequando reforçadores e analisando as contingências advindas destes.

Categoria 2 - Papel do acompanhante terapêutico no tratamento

Nesta categoria foram incluídas as falas dos participantes que referem o papel do acompanhante terapêutico no tratamento de pacientes com transtorno psiquiátrico. A categoria 2 foi dividida em quatro subcategorias, que são: complementar da terapia, auxiliar a família, atuar fora do consultório e *de muita importância*.

Na subcategoria "complementar da terapia" observa-se que o AT é percebido pelos profissionais participantes como um co-terapeuta, influenciando o terapeuta principal em suas decisões e participando desde a elaboração do planejamento terapêutico até mudanças de conduta frente a determinado paciente. Quando ocorre a intervenção do AT no ambiente natural do cliente, a troca de informações entre os profissionais é de crucial importância. Essa troca pode ser realizada na supervisão ou em reunião, onde são discutidos assuntos relevantes e decididas as ações terapêuticas (Baumgarth e cols., 1999). Nota-se também que o AT proporciona informações importantes ao terapeuta principal, pois oferece outro olhar sobre o paciente, principalmente por estar em um ambiente privilegiado de observação (Zamignani & Wielenska, 1999).

Quanto à troca de informações sobre o paciente e à influência do AT no tratamento desse, é importante salientar que, necessariamente, a equipe deverá ser coesa o bastante e crítica o suficiente para poder rever estratégias e conceitos, pois é comum na prática clínica que haja entre os profissionais movimentos contrários, que dificultam a interação e a troca de informações. Assim, é imperativo que os papéis dentro da equipe facilitem a comunicação, diminuindo ao máximo as posições hierárquicas de superioridade, que podem inibir qualquer tipo de troca autêntica de informações.

Na subcategoria "auxiliar a família" observa-se que, para os participantes, o papel do AT junto à família diz respeito a orientá-la no sentido de facilitar o convívio entre os membros, buscando a reorganização de papéis e a aquisição de novos repertórios. Nesse caso, o AT pode servir até mesmo como modelo de identificação no que diz respeito ao manejo do paciente, demonstrando condutas mais adequadas que facilitem a melhora de seu quadro.

Quanto ao seu papel de "atuar fora do consultório", observa-se que os profissionais percebem as atividades do AT intimamente ligadas ao espaço físico no qual essas ocorrem, ou seja, seu trabalho está fundamentado em situações extraconsultório e no ambiente natural do cliente. A atuação do AT tem como foco de trabalho as situações cotidianas que o paciente enfrenta, tais como ir ao banco, à faculdade, a festas, a viagens, etc; fazendo o trabalho de monitoração (risco de uso ou abuso de substâncias), de controle (casos de agressividade) e de intervenção *in loco*. Assim, "é tarefa do AT desenvolver as atividades terapêuticas e procedimentos planejados, seja em situação natural, no consultório ou na instituição, sempre sob supervisão constante" (Zamignani & Wielenska, 1999, p. 159).

Sobre sua área de trabalho, é importante que o AT não tenha nenhuma restrição quanto a locais ou situações que possam desagradá-lo, como é o caso, por exemplo, de um paciente que goste de frequentar festas "Rave" tendo um AT que se negue a enfrentar filas e grandes concentrações de pessoas. Neste caso, o AT deverá ter desenvoltura e disponibilidade para realizar tarefas que não sejam de seu agrado, tendo-se em vista que, seja qual for a situação em que é requisitado, esta deverá ser percebida como oportunidade de intervenção terapêutica.

Na subcategoria "de muita importância", observa-se que o trabalho de AT é percebido pelos profissionais como fundamental, e em alguns casos, torna-se o pilar central de todo planejamento terapêutico, pelo fato de passar mais tempo com o paciente e ter uma visão privilegiada da vida cotidiana deste.

Categoria 3 - Habilidades e características necessárias para o trabalho de acompanhante terapêutico

Nesta categoria foram incluídas as falas dos participantes que descrevem as características e habilidades necessárias para o trabalho de AT. A categoria 3 foi dividida em seis subcategorias, a saber: características e habilidades pessoais, características de idade e gênero, possuir experiência de AT, características físicas, conhecimentos teóricos, características definidas pelo perfil do paciente.

Na subcategoria "características e habilidades pessoais", observa-se que a principal característica esperada pelos profissionais de um AT é sua adequação relacionada ao ambiente em que atua, já que ele entra na intimidade do paciente e de sua família. Nestes casos, o AT deve estar ciente de que é um profissional e está trabalhando, não devendo ter intimidade e manter o máximo de discrição. Por sua vez, também deve ter adequação quanto ao tipo de trabalho que exerce, devendo observar que cuidados básicos como uso de roupas e calçados adequados são de extrema importância, por se tratar de um trabalho onde o imprevisto é sempre esperado. Outras características também são citadas, tais como paciência (pacientes idosos), perspicácia (pacientes dependentes químicos), dinamismo em propor atividades e firmeza nas atitudes (nos casos de pacientes muito "sedutores").

Quanto à subcategoria "características de idade e gênero", observa-se que os profissionais buscam acompanhantes terapêuticos com características de acordo com as do paciente, tais como sexo e idade, principalmente pelo fato de que estas podem facilitar a relação entre ambos, evitando que o AT seja percebido pelo paciente como um "vigilante" ou algo do gênero.

Na subcategoria "possuir experiência como AT" observa-se que os profissionais têm preferência por ATs já experientes e que saibam lidar com situações imprevistas, fato este percebido como fundamental para que haja tranquilidade no encaminhamento. Na prática, observa-se que podem ocorrer diversas situações imprevisíveis, tais como pacientes que se tornam agressivos durante o acompanhamento em um *shopping*, ou então, um paciente dependente químico que se utiliza de pequenos descuidos do AT para fazer uso de drogas.

No que se refere à subcategoria "características físicas", observa-se que, para alguns profissionais participantes, principalmente aqueles cujos pacientes apresentam quadros mais severos, como é o caso de psiquiatras, o AT deve ter um bom condicionamento físico que lhe proporcione agilidade em lidar com situações de risco, tanto para si como para o paciente. Naqueles casos onde há risco de agressão, fuga, autolesão e suicídio, o AT deve ter agilidade que lhe garanta uma rápida resposta e ser fisicamente capaz de ao menos executar uma contenção mecânica, se necessário.

Já no caso de "conhecimentos teóricos" necessários para exercer o trabalho de AT, observa-se que tanto os psicólogos quanto os psiquiatras entrevistados esperam um conhecimento clínico básico, especificamente naquilo que se refere à descrição de sinais e sintomas. Esse conhecimento é percebido como diferencial no que tange à representação de um trabalho mais técnico, e não somente "intuitivo".

Finalmente, na subcategoria "características definidas pelo perfil do paciente", percebe-se que o profissional busca fazer uma observação mais acurada do contexto do paciente, para então definir as habilidades esperadas do AT. Dessa forma, em geral, as características do AT buscadas pelos profissionais estão diretamente ligadas a aspectos diagnósticos, sociais e psicológicos daquele paciente específico que será encaminhado.

Categoria 4 - Referencial teórico e área de conhecimento mais adequados para a prática de acompanhante terapêutico

Nessa categoria foram incluídas as falas dos participantes que referem qual o referencial teórico e qual a área de conhecimento considerados mais adequados para a prática de AT. A categoria 4 foi dividida em três subcategorias, quais sejam: referencial teórico, profissionais da área da saúde em geral e psicólogos ou estudantes de psicologia.

O "referencial teórico" percebido como o mais adequado para o trabalho de Acompanhante Terapêutico, segundo os profissionais que participaram da pesquisa, é o cognitivo-comportamental. Neste sentido, observa-se que alguns profissionais, ao citarem esta abordagem, estão, na verdade, referindo-se ao uso de técnicas de modificação do comportamento. Observa-se, ainda, que os profissionais entrevistados que seguem uma orientação psicanalítica destacam, no trabalho do AT, o uso de técnicas comportamentais acrescidas da compreensão psicodinâmica, demonstrando uma tentativa de combinar as duas abordagens.

Sobre o emprego de técnicas cognitivo-comportamentais no contexto clínico, Banaco (1999) refere que o uso do instrumental desta abordagem está ligado aos resultados que se têm obtido nas diversas patologias. No entanto, o sucesso

empírico de tais técnicas tem gerado uma tendência à sua utilização de forma indiscriminada por parte dos profissionais, sem o mínimo de fundamentação teórica. Sobre isto, esse mesmo autor utiliza-se de uma metáfora que pode ilustrar essa postura: "Quando a ferramenta que temos na mão é um martelo, tudo à nossa frente vira prego" (Banaco, 1999, p. 75).

A crítica derivada da metáfora representa, e muito bem, o estado atual da abordagem cognitivo-comportamental e como ela tem sido aplicada e referida por alguns profissionais. Muitas vezes essa abordagem é reduzida ao emprego de técnicas para problemas específicos, sem, contudo, observar o momento e o contexto em que a técnica deve ser empregada. Como forma mais adequada e eficaz para o emprego da técnica, é imprescindível que o terapeuta tenha habilidade para realizar uma análise funcional, levando em conta aspectos do ambiente (incluindo história de vida) e a função que o comportamento tem nesse ambiente (Matos, 1999).

Quanto à subcategoria "profissionais da saúde em geral", os participantes referem que o trabalho de acompanhante terapêutico pode ser executado por profissionais de diversas áreas, não necessariamente daquelas chamadas "psi". Observa-se, neste sentido, uma referência especial à Terapia Ocupacional e à Enfermagem, que são percebidas como parcialmente instrumentalizadas para a atuação fora da instituição e/ou do consultório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente pesquisa foi investigar quais os fatores que influenciam psiquiatras e psicólogos na decisão para o encaminhamento para acompanhamento terapêutico. Além disso, buscou-se verificar como esses profissionais percebem o papel do AT no tratamento dos pacientes. A partir dos dados coletados, constatou-se que os profissionais encaminham para acompanhamento terapêutico aqueles pacientes cujas características refletem uma situação de incapacidade e/ou desvantagem, principalmente quando essas provêm de quadros psicopatológicos

graves. Não obstante, observa-se que o encaminhamento para AT está diretamente ligado ao julgamento subjetivo do profissional que avalia o caso, levando em consideração aspectos familiares, diagnósticos, limites da psicoterapia e a história do paciente.

O papel do acompanhante terapêutico no tratamento dos pacientes é percebido pelos profissionais como de muita importância, principalmente nos casos em que se exige atenção e intervenções fora do ambiente de consultório. É esperado que o AT venha a ser um agente complementar na melhora do paciente e que contribua para a qualidade de vida, tanto do paciente como de sua família.

Na análise dos dados observaram-se algumas divergências significativas entre os profissionais, principalmente nos temas encontrados na categoria 4 (referencial teórico e área de conhecimento mais adequada para a prática de AT). Nessa categoria, os participantes demonstraram diferentes opiniões quanto à área de conhecimento que seria mais adequada para o trabalho de AT, no que refere à formação e instrumentalização acadêmica. De certa maneira esta divergência já era esperada, tendo-se em vista que a profissão de acompanhante terapêutico inexistente como especialização ou aprimoramento profissional, não se constituindo, ainda, em uma prática "legal", tampouco em atividade reconhecida como privativa de alguma área de conhecimento e profissão.

Outra divergência em relação à mesma categoria diz respeito a questões de cunho teórico, mais precisamente à abordagem teórica vista pelos profissionais como a mais adequada para a prática de AT (categoria 4). Sobre este tema, pôde-se constatar que a maioria dos profissionais entrevistados refere a abordagem cognitivo-comportamental como a mais adequada, mesmo tendo referido, em alguns casos, utilizar-se de outro referencial em sua prática diária (ver características da amostra – [Quadro 1](#)).

Tendo em vista a incompatibilidade teórica encontrada, podemos supor que a terapia cognitivo-comportamental na prática do AT é vista em um contexto apenas de aplicação das técnicas de modificação de comportamento, e não como um

conjunto de conceitos e de possibilidades de intervenção que constituem uma abordagem terapêutica mais ampla.

Como em qualquer pesquisa, podem ser encontradas neste trabalho algumas limitações. A principal dificuldade metodológica encontrada refere-se à composição da amostra. Isso porque os critérios estabelecidos para a seleção dos participantes reduziram consideravelmente o número de profissionais que poderiam ser entrevistados. Dessa forma, a possibilidade de generalização dos resultados encontrados fica restrita, sugerindo-se a realização de outras investigações com amostras maiores e mais diversificadas.

Como foi salientado no texto, o trabalho de AT pode ser considerado bastante recente e ainda em fase de consolidação tanto teórica quanto técnica. Tal característica reflete-se na bibliografia disponível sobre o tema. Dessa forma, outra limitação encontrada foi a escassez de publicações atualizadas sobre a atuação do AT. Entende-se que este estudo, de cunho exploratório, pode contribuir para a compreensão e a delimitação dessa área de conhecimento e para a elaboração de novos projetos de pesquisa e conseqüentes publicações.

A investigação sobre a atuação do AT, sob a perspectiva dos profissionais, psicólogos e psiquiatras, pareceu importante, tendo-se em vista que estes são a principal fonte de encaminhamentos.

Apesar de os resultados indicarem divergências quanto à formação do AT, espera-se salientar a urgência de constituição de cursos de capacitação direcionados para profissionais da saúde em geral, proporcionando melhor qualidade técnica no tratamento dos pacientes e conduzindo essa profissão para o caminho de sua regulamentação.

4- ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, CLÍNICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL UMA RELAÇÃO POSSÍVEL

O impacto do transtorno mental, avaliado, notadamente, pela sobrecarga sobre o indivíduo, a família e a sociedade, indica a relevância do tema para a agenda internacional (World Health Organization, 2002).

A Organização Mundial da Saúde divulgou, em um relatório, que até países desenvolvidos se esquecem de cuidar da mente humana. Ressalta que, apesar dos transtornos mentais atingirem cerca de 450 milhões de pessoas, ainda estão longe de receber a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Comparando-se os transtornos mentais com as principais doenças que afetam a população, estes respondem por 12% das condições de saúde que sobrecarregam os países pobres e médios em riqueza. Os serviços e as estratégias de promoção e proteção da saúde mental precisam ser coordenados entre si e articulados com outros serviços, tais como: a segurança social, a educação, o emprego e a habitação. As ações para a saúde mental devem ser monitoradas e analisadas para que as decisões possam ser constantemente ajustadas para responderem aos desafios que se apresentam (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

No Brasil, o Estado tem assumido papel decisivo na reestruturação da atenção psiquiátrica, desde 1987, com a 1ª Conferência nacional de Saúde, recebendo reforços com a Declaração de Caracas, na Venezuela de 1990. Desde então, os países latino-americanos vêm envidando esforços para a promoção de serviços comunitários - substituindo o manicômio -, integrados à rede de serviços de saúde em atenção primária à saúde e suas redes sociais, priorizando a manutenção do doente em seu meio social (Brasil, 2004).

A principal repercussão desta proposta é que a rede básica de saúde passa a ser o principal meio para o atendimento de portadores de transtornos mentais que adoecem ou que estão em algum tipo de acompanhamento, e o profissional da saúde passa a se ocupar de um contexto ampliado onde ocorre o cuidado.

A assistência em saúde mental propõe a atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, bem como vincula o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida, gerando transformações nas concepções e práticas de saúde mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área. no sentido instrumental, o processo de reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas mentais severos e persistentes. Esse processo destina-se a restaurar o melhor nível possível de autonomia do indivíduo, no exercício de suas funções sociais (Pitta, 2001).

As práticas de atenção psicossocial são tributárias de diferentes movimentos sociais e científicos em vários campos teóricos, articulados de forma complexa e exigindo incursões pelas teorias da análise política de instituições, da análise institucional e da constituição subjetiva. Incluem elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental e suas repercussões no contexto brasileiro: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional na França; antipsiquiatria e comunidades terapêuticas na Inglaterra; saúde mental comunitária nos EUA, e o movimento democrático da desinstitucionalização na Itália (Costa-Rosa, 2000).

Deixando de se ocupar apenas com a doença, com a prescrição de medicamentos e aplicação de terapias, os profissionais da atenção psicossocial passam a se ocupar dos sujeitos que precisam de tratamento e com a qualidade do cuidado oferecido. Passam a ocupar-se também do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer e da organização de atividades conjuntas. Em consonância com o processo de reabilitação, espera-se que os profissionais trabalhem enfatizando as partes mais sadias e as potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva, oferecendo suportes: vocacionais, sociais, recreacionais, residenciais, educacionais, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo (Pitta, 2001; Furegato, 2000; Amarante, 1999).

O objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão sobre a clínica AT, baseada na experiência das autoras com a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ e na literatura sobre o tema, bem como levantamentos bibliográficos sobre as políticas,

papéis e funções dos serviços de saúde mental, por intermédio do SIBI - Sistema de Bibliotecas da USP, do site do Ministério da Saúde e OPAS, da BIREME e da biblioteca da USP - Ribeirão Preto.

Foi considerado, como pano de fundo para esta reflexão, o questionamento sobre o modo asilar em contraste com o modo psicossocial, contexto contemporâneo de reformulações dos paradigmas da atenção em saúde mental. Dessa maneira, discute-se a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) como um dos dispositivos de ação terapêutica que se incorpora à atenção em saúde mental, procurando promover a reintegração psicossocial dos portadores de sofrimento psíquico, tendo por base a experiência vivenciada em Ribeirão Preto, que gerou uma tese de doutorado (Pitiá, 2002) e cursos de formação em AT na Escola de Enfermagem da USP.

Para contextualização, tomam-se, como referência, os dispositivos do modo psicossocial, a exemplo dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), convergentes com a idéia de se configurarem em modos estratégicos para reversão do modelo centrado no hospital, conforme descrito por Onocko-Campos e Furtado (2006).

O modo asilar e o modo psicossocial de atenção em saúde mental

O saber sobre a loucura, até o final do século XIX, era, em essência, baseado no conhecimento sobre a doença, e não sobre o homem doente. O guia do processo terapêutico era o quadro sintomatológico e a intervenção era marcada pela alienação social do sujeito referenciada para o contexto hospitalar. nesse período, o homem era apenas um terreno onde se instalava a doença, onde evoluíam os sintomas e sobre o qual o poder de controle era exercido.

No processo histórico das mudanças de paradigmas das práticas em saúde mental e, sob as influências da Sociologia, da Antropologia, da Filosofia e da Psicanálise, a abordagem sobre a loucura mudou de foco - passando da doença para o doente - sendo, então, o homem visto em sua fala e corporificando a doença.

Dessa forma, o contexto da Reforma Psiquiátrica apresenta um conjunto de medidas que objetivam desospitalizar o atendimento em saúde mental e a desconstrução do modo asilar de atendimento, provocando a transformação da concepção do hospital psiquiátrico como única forma de cuidado. Assim, a exclusividade das decisões e das ações terapêuticas deixa de se concentrar nas mãos do médico, passando a ser da responsabilidade de todos os profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos), como também de grupos da comunidade não-psiquiátricos, tais como os grupos de autoajuda e os religiosos e clérigos (Amarante, 1999; Lobosque, 1997).

Os princípios da desconstrução assistencial e cultural do manicômio vêm provocando o rompimento do paradigma hospitalar de atenção em saúde mental, marcado por momentos de maior e menor intensidade de ações transformadoras, tal como ocorre em todos os processos de mudança.

O resultado da reorientação do modelo assistencial em saúde mental no país implica reorganização da estrutura dos serviços, composição das equipes de saúde de nível superior e médio, bem como de portadores de transtornos mentais e seus familiares, usuários dos serviços de saúde mental. Estas mudanças estão marcadas pela responsabilização do Ministério da Saúde neste movimento, por meio de leis, portarias e regulamentações (Aranha Silva, Fonseca, 2005; Brasil, 2004).

Os conceitos sobre as abordagens terapêuticas relativas à doença mental e ao sofrimento psíquico vão sendo recriados no processo de subjetivação destes tratamentos. Pela concepção que vem sendo construída sobre os atendimentos, o sujeito doente tem a possibilidade de ser avaliado e atendido por meio de um modo de atenção mais singular e ético. O foco passa a ser a saúde mental e, nesse sentido, a escuta passa a ser valorizada, sustentando-se a possibilidade de se acolherem diferentes formas de subjetivação, representadas pelas maneiras singulares de se estar no mundo (Bronz et al., 1997).

Este processo de transformação é lento e irregular, pois, apesar da criação dos serviços, da regulamentação das equipes e da normatização das ações, há a necessidade de serem desconstruídas concepções manicomiais, instaladas nas

mentalidades dos próprios profissionais, o que influencia, em grande medida, a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Como formas alternativas ao manicômio e à internação total, são implementados espaços de atendimento como: ambulatórios, centros de atenção (CAPS), hospitais-dia, unidades psiquiátricas de internação e de emergências em hospitais gerais, além de outros recursos - como oficinas terapêuticas, grupos de convivência, lares abrigados, cooperativas de trabalho e a prática clínica do AT. Estes recursos vão ao encontro do processo de subjetivação e de transformação não apenas da assistência, mas da própria concepção de transtorno mental e de sofrimento psíquico.

No contexto atual das transformações da assistência em saúde mental, é importante uma reflexão sobre os dois modos das práticas de atenção que se opõem: o modo asilar e o modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000). Estes modelos têm características peculiares que contextualizam historicamente as práticas de tratamento em saúde mental, onde se pode destacar o AT.

O modo asilar é caracterizado pela presença do manicômio, tecnicamente sustentado pela contenção química abusiva que favorece o ambiente de clausura do "louco", um personagem social discriminado, excluído e recluso, limitado à loucura e à desrazão. na lógica manicomial, os hospitais psiquiátricos tendem a uma política assistencial que se baseia em princípios de verdade exclusiva, de incurabilidade e de segregação (Sampaio, Santos, 2001).

Essa concepção de doente mental tem sua origem em meados do século XVII, no mesmo processo em que foram excluídos todos os que subvertiam a ordem pública - como os pobres, velhos, inválidos, mendigos que transgrediam as leis -, ou seja, enquadravam-se no segmento da população a quem se podia aplicar castigos públicos, destinados a "corrigir" a ociosidade e a desrazão, que desorganizava a ordem vigente (Amarante, 1995; Foucault, 1993).

Na literatura sobre a história clássica da loucura, o hospital se constituiu no instrumento terapêutico pautado em saberes e discursos que fundaram a psiquiatria, a partir do final do século XVII. Foi inventado por meio de dispositivos disciplinares

da prática médica, com a classificação e sistematização das doenças, o que levou ao desenvolvimento do atendimento psiquiátrico clássico, resumido em internação em ambientes "apropriados" aos loucos e suas manifestações psíquicas. Essa proposta encerra um poder institucional com o mandato social da assistência e tutela do louco. A instituição trouxe consigo as funções de controle/exclusão social, ordem institucional, racionalização e objetivação de recursos (Aranha Silva, Fonseca, 2005; Foucault, 1993).

Em suma, o modelo asilar tem sido tradicionalmente custodial, médico-centrado, subsidiado pela ação dos demais profissionais, especialmente da enfermagem (Stefanelli, 2008); conformando uma organização técnica do trabalho que divide a atenção coletiva, com a finalidade de "cura", considerando apenas a adaptabilidade social do sujeito portador do transtorno mental, tornando-o objeto de intervenção, e deixando, nas mãos do médico, a posse exclusiva da condução das medidas terapêuticas para essas pessoas (Aranha Silva, Fonseca, 2005).

Assim, no duro regime asilar, os hospitais psiquiátricos caracterizam-se pelo aspecto de grandes estruturas físicas e fechadas, com capacidade crescente para abrigarem todos os sujeitos que se enquadram nos princípios do asilamento/confinamento. O hospital psiquiátrico tornou-se uma instituição onde se estabelecem relações de dominação/submissão, gerando sofrimento a todos e, em especial, ao enfermo (Pitiá, 1997). Por estes motivos, os últimos cinquenta anos têm sido palco de intensas transformações na concepção da saúde e da doença mental, bem como de seus tratamentos.

Na política dessas transformações, muitas mudanças vêm ocorrendo, e "desinstitucionalizar" emergiu como um conceito que tem norteadado o processo da Reforma Psiquiátrica. Baseando-se nos pontos principais da Declaração de Caracas, Alves (2001) sinaliza para a diversificação das possibilidades de oferta de serviços, superando a crença do hospital psiquiátrico como ideal para tratamento e única opção. O hospital deve oferecer tratamento de fato, e não confinamento, tendo, assim, maneiras de se respeitarem e ampliarem os direitos das pessoas com transtornos mentais, incorporando-as como sujeitos ao processo de superação de suas dificuldades. Ao mesmo tempo, pressupõe-se a desconstrução do arcabouço

teórico da psiquiatria clássica, introduzindo novas formas de lidar com o indivíduo portador de transtorno mental. Abre-se espaço para outro paradigma de atendimento, que considera o sofrimento psíquico e a rede de relações da pessoa, pensando o seu espaço social como contexto das subjetividades.

O modo psicossocial passa a ser o novo paradigma de atendimento em saúde mental. nele, o processo de reabilitação constitui uma estratégia que implica algo mais do que, simplesmente, passar um usuário/paciente de um estado de "desabilidade" a um estado de "habilidade" e/ou de um estado de incapacidade para um estado de capacidade. A reabilitação psicossocial é uma estratégia global, múltipla, ética e de solidariedade, que ajuda os sujeitos a lidarem com sua doença em meio aos seus afazeres cotidianos, sua contratualidade afetiva, social, econômica, e viabiliza o melhor nível possível de autonomia para a vida em comunidade (Pitta, 2001; Saraceno, 1998).

O modo psicossocial de atenção pode ser conceituado com base em quatro parâmetros: 1) pelas formas de divisão do trabalho interprofissional que preconizam a implicação subjetiva do usuário como condição básica para maior aproximação nas relações dos profissionais com os usuários e a população da área atendida; 2) pelas formas de organização das relações intrainstitucionais, convergentes com as relações interprofissionais, preservando-se o poder decisório de origem políticooperacional, quando há que se estimular a comunicação entre profissionais dos serviços no teor de deliberações das ações executáveis na rede de atendimento; 3) pelas modalidades de relacionamento com os usuários e a população, preconizando a integralidade das ações no território; 4) pelas implicações éticas dos efeitos das práticas em saúde mental e quanto consideram o desejo do sujeito e a dimensão dos ideais pretendidos pela pessoa do usuário, considerando-se seus projetos de vida (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001; Costa-Rosa, 2000).

As práticas do modo psicossocial são decorrentes de diferentes movimentos sociais e científicos e de vários campos teóricos que fizeram eco às propostas de transformação do modelo (Costa-Rosa, 2000; Amarante, 1999; Saraceno, 1999). É no contexto do modo psicossocial de atenção à saúde que se insere a prática clínica

do AT, como um instrumento de ação terapêutica que considera o portador de transtornos mentais em seu contexto sócio-histórico-psíquico-biológico e cultural, com vistas a contribuir com o processo de inclusão das diferenças, do bizarro, das dificuldades humanas.

Dispositivos de ação terapêutica na saúde mental

Atualmente, o modelo hospitalocêntrico é ainda hegemônico no Brasil e o grande desafio é reorientar esse modelo de atenção para além dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes arraigados há vários séculos. Como já foi dito, a perspectiva é a criação de novas culturas de convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidadania (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001). Dessa forma, o atendimento hospitalar passa a ter uma função restrita aos aspectos impactantes da crise dos portadores de sofrimento psíquico, possibilitando seu rápido acesso ao próprio contexto social. Isto impõe eficiência terapêutica e agilidade nos procedimentos técnicos.

Representando uma forma de assistência que nasce para contrapor o modelo hospitalocêntrico, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se configura como espaço de atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional, destinada a atender os problemas de saúde mental, individuais e coletivos (Vianna, Barros, 2005). Distingue-se, especialmente, pela horizontalidade de ações interdisciplinares e terapêuticas, que favorecem a inclusão do sujeito portador de um transtorno mental em seu contexto social, aliviando o seu sofrimento.

O CAPS é parte do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004). Sampaio e Santos (2001) descrevem suas características como: a) integração de sistemas primários e secundários de atenção; b) acessibilidade local (distrital ou municipal) e integração a sistemas de política social com interação direta e cotidiana com as famílias; c) prática multiprofissional e articulação de saberes da Enfermagem, Medicina, Psicologia, do Serviço Social e da Terapia Ocupacional, voltados ao atendimento e solução dos problemas pessoais, grupais e sociais, determinantes e determinados por alterações de comportamento e da afetividade; d) multiplicidade de práticas e

críticas às práticas por meio de pesquisas sistemáticas, sempre reinventando, sem dogmatismos, sem uma teoria única de tratamento; e) processo de supervisão sistemática, institucional e técnica da organização, dos programas e das integrações profissionais; f) centro dinâmico das políticas de saúde mental, revolucionando a atitude dos profissionais de saúde mental e da sociedade frente às concepções de doença mental e dos direitos de cidadania.

Nos municípios de maior porte, além dos CAPS, para atendimentos de adultos, e CAPS infantis, a rede de serviços públicos também conta com ambulatorios de saúde mental, cuja principal função é a assistência aos usuários, portadores de transtornos mentais, e seus familiares, incluindo: análise, diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação, objetivando sua reinserção na comunidade. Atende todas as patologias psiquiátricas e do comportamento, com exceção dos portadores de farmacodependências, os quais são atendidos em serviços denominados de CAPS-AD (Brasil, 2004).

Os Ambulatórios de Saúde Mental oferecem atendimento médico, de enfermagem e psicológico, bem como visita domiciliar aos portadores e grupos de familiares, coordenados pela enfermeira e pela assistente social, a exemplo do Ambulatório Regional de Saúde Mental do município de Ribeirão Preto (Osinaga, Furegato, Santos, 2005). Em municípios onde não há ambulatorios psiquiátricos, tais intervenções terapêuticas são realizadas nos CAPSs.

Outras unidades de atendimento em Saúde Mental conformam-se em estruturas institucionais de semi-internação durante o dia, denominadas de Hospitais-dia, e descritas como locais que oferecem, ao portador de transtorno mental, a possibilidade de manter vínculos familiares e com a comunidade que o cerca. As atividades focalizam: os atendimentos clínicos, cuidados de enfermagem, atendimentos psicológicos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, esportes, terapia corporal, trabalho nas redes sociais, atividades comunitárias (passeios externos, atividades culturais e artísticas, festas e celebrações de datas comemorativas), grupos de chegada e saída, além das reuniões e atendimentos que incluem os familiares.

Na atenção básica, pelas políticas públicas atuais, procura-se fomentar experiências de atendimento em saúde mental, nos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes ocupam os vários espaços extrainstitucionais, de acompanhamento dos tratamentos do portador de transtorno mental, detecção e encaminhamento de casos suspeitos, indo ao encontro da família e suas dificuldades, procurando incluir todos os problemas relativos ao sofrimento psíquico. Quando a ESF se responsabiliza pelos portadores de sofrimento psíquico severo, podem ser observados resultados como: a diminuição no número de reinternações psiquiátricas das pessoas acompanhadas, promoção da saúde mental e reintegração para pacientes psicóticos. nas intervenções domiciliares nos períodos de crise, o profissional que atende a família dá ênfase à capacidade de escuta, resolução de problemas e favorecimento da reinserção psicossocial (Souza, 2004), fazendo, muitas vezes, a função de terapeuta de AT.

Essa maneira de se prestar o atendimento na ESF tem compatibilidades com a prática clínica no AT, no que diz respeito, tanto à predominância do trabalho extrainstitucional, estando ao lado do sujeito e suas dificuldades, dentro do seu contexto de vida, bem como pela ênfase na capacidade de escuta, promovendo-se o acolhimento às próprias possibilidades de saídas para o sofrimento, que tenham significado para o sujeito.

A ação terapêutica do Acompanhamento Terapêutico (AT)

A ação terapêutica nos dispositivos extra-hospitalares, por meio da estratégia global do processo de reabilitação psicossocial, engloba todos os profissionais e todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, os usuários (portadores e familiares) e a comunidade inteira (Saraceno, 1999). O modelo de referência da reabilitação é o poder de contratualidade, resgatado pelo cidadão em meio ao cenário de seu habitat, cenário do mercado e o cenário do trabalho. A contratualidade inclui o poder de se realizarem trocas afetivas, sociais e econômicas (Pitta, 2001).

Nos dispositivos extra-hospitalares, então, incluem-se as práticas de atendimento psicossocial que não se limitam às paredes institucionais.

Destaca-se aqui a origem da clínica do AT, ideologicamente influenciada pela movimentação política das reformas psiquiátricas pela tentativa de supressão dos manicômios na Europa Ocidental, nos anos 60. na América do Sul, na década de 1970, a Argentina utilizou o atendimento da abordagem múltipla em uma clínica de atendimento a pacientes psicóticos e dependentes químicos. Por meio dessa abordagem, os pacientes e familiares recebiam atendimento de equipe multiprofissional, aparecendo, pela primeira vez e de uma maneira sistematizada, a prática do AT, sendo o profissional acompanhante terapêutico um dos membros dessa equipe (Mauer, Resnizky, 1987).

O AT é um tipo de atendimento clínico que se caracteriza pela prática de saídas pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com a intenção de se montar um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico. O profissional, acompanhante terapêutico (at)², não está atrelado a uma profissão em particular, mas necessita de qualificação específica para exercício dessa prática profissionalmente (Pitiá, Santos, 2005; Berger, 1997).

No Brasil, no final dos anos 70, essa prática seguiu dois trajetos: Porto Alegre, depois Rio de Janeiro, com a figura dos auxiliares psiquiátricos, e São Paulo, com os chamados "amigos qualificados", sob influência direta da Argentina. Esses antigos "auxiliares psiquiátricos", na clínica de Vila Pinheiros, na cidade do Rio de Janeiro, por volta do início da década de 1980, recebiam curso de 24 meses dentro da própria instituição, sendo constituída de estudantes das várias áreas da saúde (Reis neto, 1995).

Com o objetivo terapêutico de inclusão social, congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial, o AT é uma atividade clínica, em movimento, que procura desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição. O projeto terapêutico não é aleatório,

apesar da vivência de cenas inesperadas. Há a importância de um guia, de uma proposta terapêutica, que procura articular a pessoa em seu espaço social. É um processo de reinvenção e se faz presente a partir da própria condição do sujeito(s) acompanhado(s) (Pitiá, Santos, 2005). O AT constitui-se em uma atividade clínica porque, pela relação terapêutica entre o profissional (acompanhante terapêutico) e o acompanhado, a ação ocorre em sintonia com a execução do projeto terapêutico que favorece o processo de reabilitação psicossocial do sujeito atendido.

Considerando a produção de um novo projeto de atendimento, voltado para os princípios antissegregacionistas, o dispositivo clínico do AT tem a marca da interdisciplinaridade, podendo se associar como uma estratégia a mais em serviços tais como os Centros de Atenção Psicossocial (os CAPS) e os Ambulatórios de Saúde Mental, e, mesmo, os serviços de internação (Pitiá, Santos, 2005) - caracterizados pela prática multiprofissional e articulados a saberes de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional voltados ao atendimento e solução dos problemas pessoais, grupais e sociais, determinantes e determinados por alterações do comportamento e da afetividade.

A interdisciplinaridade é marca característica da ação terapêutica contemporânea, promotora do processo de inclusão social de sujeitos em dificuldades psicossociais. nesse eixo, giram os diversos saberes, encontrando-se campo fértil para o processo terapêutico em saúde mental (Sampaio, Santos, 2001; Maia, Pirim, 1997).

O AT pode ser reconhecido e incluído como mais um dispositivo de atendimento nos serviços de saúde, em vista de que trabalha com projetos terapêuticos que favorecem o resgate do poder de contratualidade social, sob os princípios psicossociais de reabilitação. Pelliccioli e Bernardes (2003) confirmam essa idéia, entendendo a prática do AT como dispositivo complementar que contribui para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em que o espaço público é compreendido como alargamento do campo possível de tratamento para pacientes portadores de transtorno mental e sofrimento psíquico.

Mauer e Resnizky (1987) sistematizaram pela primeira vez a prática do AT, referindo-se à importância interdisciplinar e sua inclusão na equipe de saúde mental.

Posteriormente, Maia e Pirim (1997) evidenciaram o aspecto da singularidade que se busca no processo de reinserção psicossocial - o que é considerado no AT. Estudos, como os de Barreto (2005) e Pitiá e Santos (2005), corroboram a aplicabilidade e a expansão da prática do AT, por meio de pesquisas que trazem novas perspectivas para o tratamento de portadores de sofrimento psíquico, consoante com os princípios do modo de atenção psicossocial.

Os atendimentos em AT podem ocorrer uma, duas ou mais vezes por semana e duram entre uma a três horas. nesse espaço de tempo, o acompanhante terapêutico (at) e a pessoa acompanhada realizam atividades que promovam o alcance dos objetivos terapêuticos, para restabelecimento da conexão da pessoa com o mundo circundante, demandada pelas suas necessidades de inclusão no espaço social. Assim, ir ao supermercado, ir ao banco, ir à padaria, à lanchonete, procurar um emprego, e assim por diante, são exemplos de ações cotidianas realizáveis neste projeto que mobiliza o resgate de ações que foram bloqueadas pela dificuldade instalada na pessoa, para as quais ela necessita de ajuda. O significado dessas ações é trabalhado pelo profissional at, durante os atendimentos, o que exige um nível de maturidade profissional para apreender a complexidade da realização de atividades, aparentemente simples, em meio à proteção do setting terapêutico, que se constitui na própria relação entre o at e o acompanhado.

Profissionais que tenham a intenção de trabalhar com a prática AT, necessitam de formação e estudos que os preparem para esta atividade clínica. no âmbito dessa formação específica (a função de acompanhantes terapêuticos), os profissionais das diversas categorias devem ser levados a refletirem e agirem, na prática, em consonância com os princípios transformadores da forma clássica dos atendimentos psiquiátricos. Além disso, as diversas abordagens teóricas que procuram dar conta das análises dos atendimentos devem considerar os vários campos de ação terapêutica, seja o biopsíquico, o político, o social e o cultural do portador de transtorno mental em acompanhamento.

O desafio é a consolidação de uma rede de atendimentos que possibilite perspectivas de vida aos portadores de sofrimento psíquico, levando-se em conta o sujeito aí implicado e o contexto em que se encontra imerso (Palombini, 2004).

As práticas em saúde mental, com destaque para o AT, contam também com o desafio da interdisciplinaridade, ou seja, é necessário um esfumaçamento dos limites e atribuições específicas de cada disciplina ou profissão, o que diversifica e amplia os espaços de atuação de cada profissional, criando regiões novas no saber e o intercruzamento dos diversos conteúdos em saúde.

Considerações finais

Os atuais dispositivos de atendimento na rede pública de saúde mental facilitam o engendramento das ações dos diversos profissionais voltados para a singularidade como princípio de uma clínica antimanicomial. Quando a intervenção clínica for pertinente, a concepção do singular deverá ser tomada em consideração e, sua interpelação, levará o sujeito atendido a sustentá-la com seu estilo pessoal.

Esta proposta é contrária à visão de uma simples adaptação do indivíduo à sociedade. É necessário que uma intervenção terapêutica o convide a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social. Daí, a consideração de que o trabalho clínico no AT deva conduzir o tratamento de forma tal que o sujeito siga o caminho que lhe seja próprio - mantendo-o, ao mesmo tempo, dentro dos limites cabíveis da cultura.

A rede de atendimentos - quais sejam os dispositivos hospitalares, quando for o caso, e os comunitários (ambulatorios, CAPS, hospitais-dia, oficinas etc.), voltados para a concepção de uma clínica antimanicomial -, exige transformações sociais para além de questionamentos sobre a exclusão. Os princípios antimanicomiais, por si só, não se constituem em processos de inclusão do sujeito que apresenta dificuldades psicossociais. É necessária a mudança de atitude dos profissionais da saúde e sua efetivação nas práticas.

A clínica do Acompanhamento Terapêutico, inserida no contexto das práticas do modo contemporâneo de atenção psicossocial, por sua característica interdisciplinar e antissegregacionista, exige formação específica do profissional na direção de

mudanças de concepções, de atitudes e de comportamentos e mentalidade para melhor eficácia nos atendimentos em saúde mental.

É preciso enfrentar o desafio da participação colaborando na construção de uma nova rede de atendimento em saúde, contribuindo com estudos associados às práticas clínicas comunitárias, nas quais o AT, interdisciplinarmente, vem se consolidando em consonância com as transformações das políticas públicas em saúde, baseadas na atenção psicossocial e seus vários dispositivos de intervenção terapêutica.

REFERÊNCIAS

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712012000200018&script=sci_arttext>acesso em 05/06/2020

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014>acesso em 05/06/2020

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>acesso em 05/06/2020

<https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13n30/67-77/>.acesso em 05/06/2020