

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES

**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO BRASIL DE
1960 A 2003: Uma análise crítica**

CAMPINAS

2005

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES

**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO BRASIL DE
1960 A 2003: Uma análise crítica**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem, área de Concentração
Enfermagem e Trabalho.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Si51p Simões, Cristiane Helena Dias
A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no
Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica/ Cristiane Helena Dias
Simões. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientadora: Débora Isane Ratner Kirschbaum
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3. Psicologia. 4.
Psicoses. 5. Assistência psiquiátrica hospitalar. I. Débora Isane Ratner
Kirschbaum. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III Título.

AGRADECIMENTOS

À Débora Isane R. Kirschbaum, pela sua orientação e por acreditar na concretização deste trabalho;

Aos professores, Márcia Nozawa e Claudio Banzato, pelas contribuições no exame de qualificação;

Às professoras, Márcia Nozawa e Luciana Colvero, pela leitura atenta e as ricas contribuições para a concretização deste trabalho na pré-banca;

Ao NUPPESM, pelas discussões e estudo, principalmente, à Lilian e Juliana que participaram mais próximas deste trabalho;

Aos professores, de todos os graus de ensino, que contribuíram para minha formação;

Aos pacientes, pelo aprendizado profissional e pessoal;

Aos meus pais, pelo exemplo e por tudo que me ensinaram;

Às minhas irmãs, pelas ajudas necessárias;

À minha avó, sempre presente de alguma maneira e pelo exemplo que deixou;

À todos meus familiares que contribuíram para a realização deste trabalho, principalmente a Cássia, Carla, Lúcia, Vera e Gabriela;

Ao Marcos, pelo companheirismo e pelas diversas contribuições;

À Sandra, que me incentivou a trabalhar como acompanhante terapêutica e na realização deste trabalho;

À Thaís, pela companhia profissional;

À Paulinha, pela companhia nos estudos;

À Gisane, pela revisão do texto;

Aos amigos pelas diversas contribuições nas mais variadas formas;

Enfim, meu muito obrigado, a todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para a realização deste trabalho.

	Pág
RESUMO	<i>xiii</i>
ABSTRACT	<i>xvii</i>
CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	21
1.1- Colocação do Problema	23
1.2- Delimitação do Objeto de Estudo	28
1.3- Percurso Metodológico	29
CAPÍTULO 2- CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO BRASIL	39
2.1- Experiências das reformas psiquiátricas ocorridas na Europa Ocidental e Estados Unidos	42
2.2- Organização da assistência psiquiátrica no Brasil no período dos anos 60 a 2000	49
CAPÍTULO 3- TEMAS EMERGENTES NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	69
3.1- Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico	71
3.2- A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico	80
3.3- Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico	84
3.4- Características e modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico	93

3.5- Fundamentação teórica do trabalho acompanhamento terapêutico.....	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
ANEXOS.....	149
ANEXO 1.....	151
ANEXO 2.....	152
ANEXO 3.....	153
ANEXO 4.....	154

RESUMO



Este é um estudo bibliográfico que analisa as produções científicas referentes ao tema acompanhamento terapêutico, a partir de 1960 até 2003, com o objetivo de identificar os temas emergentes dessa produção e estabelecer o que é o acompanhamento terapêutico para os agentes dessa prática. Conforme os autores analisados, as iniciativas de reformas psiquiátricas ocorridas no país possibilitaram o surgimento do acompanhamento terapêutico. Desta forma, a prática do acompanhamento terapêutico foi introduzida no Brasil a partir de 1960 como atribuição do atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico, amigo qualificado, e a partir dos anos 80 esta prática foi designada como acompanhamento terapêutico. Realizou-se uma análise crítica da produção científica sobre o tema acompanhamento terapêutico e com a seleção de cinco temas emergentes. A análise da produção teórica sobre o acompanhamento terapêutico evidencia uma preocupação dos autores em estabelecer as funções e os objetivos que marcaram a especificidade das práticas do atendente psiquiátrico e auxiliar psiquiátrico, cujo trabalho era acompanhar o paciente em seu cotidiano, enquanto os autores que abordam a prática do acompanhamento terapêutico estão implicados em formular definições acerca do que é o este trabalho atrelado a uma abordagem teórica. Referente ao tema a quem se destina o acompanhamento terapêutico, os autores afirmam que a prática do atendente e do auxiliar psiquiátrico eram composta por psicóticos adultos, que estavam em regime de internação. Em relação à prática do acompanhamento terapêutico, os autores analisados afirmam que foi uma prática voltada para os pacientes psicóticos adultos, mas que rapidamente abrangeu crianças, adolescentes e idosos e outros diagnósticos. As características do profissional que assumiu a função do acompanhante terapêutico foram mudando em cada período, já que os autores analisados apontam que para ser atendente psiquiátrico ou auxiliar psiquiátrico não era necessário ter formação na área psicanalítica. Em relação ao perfil do acompanhante terapêutico, os autores apontam que a maioria possui formação em Psicologia e destacam a teoria psicanalítica como embasamento para a compreensão e intervenção no caso. A partir da análise referente às características das práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado, os autores analisados apontam que a principal característica era de uma intervenção realizada em um ambiente externo à instituição; as características que marcam o acompanhamento terapêutico são: *setting* ampliado, diálogo com a família do paciente e trabalho em equipe. No acompanhamento terapêutico a clínica

pode ser realizada em diferentes concepções teóricas e/ ou clínicas que fundamentam a intervenção do acompanhante terapêutico. Sobre a fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico encontramos duas visões, uma, que é a maioria, os autores se embasam na teoria psicanalítica, e a outra, os autores consideram que é preciso se fundamentar em diversos campos de saberes para conseguir esta teorização.

PALAVRAS- CHAVES:

Saúde Mental – Assistência Psiquiátrica Hospitalar – Enfermagem Psiquiátrica – Psicologia
- Psicoses

ABSTRACT



This is a bibliographic research that analyses the scientific writing about the theme therapeutic accompaniment from 1960 until 2003. The objective of this study is to identify the emerging themes in this writing and establish what the therapeutic accompaniment is according to the agents of this practice. According to the authors researched, the changes in psychiatric assistance model in Brazil allowed the emergence of the therapeutic accompaniment approach. Hence, the therapeutic accompaniment approach was brought in Brazil from 1960 named as psychiatric attendant, psychiatric assistant, or qualified friend. In the 80s this practice was finally defined and named as therapeutic accompanist. In this research, it is made a critical analysis of the scientific writing about the theme “therapeutic accompaniment” and selected five thematic categories. This analysis showed that the authors established objectives and actions that marked the psychiatric attendant and the psychiatric assistant’s practices, whose work was to accompany the patient in his/her daily life. In contrast, the authors that describe the therapeutic accompaniment are involved in making definitions about this practice connected to a theoretical approach. About the theme “to whom the therapeutic accompaniment is meant”, the authors state that the psychiatric attendant and the psychiatric assistant’s practice was applied to the in-patient adult psychotic patients. However, the therapeutic accompaniment was applied to the psychotic patients, but was rapidly used also to other patients, such as children, teenagers or elders who could get some benefit from this practice. The characteristics of the professional who took on the function of therapeutic accompanist have been changing. In the beginning, the authors observed that it was not necessary to have a psychoanalytical background to be a therapeutic accompanist. About the therapeutic accompanist profile, authors point that, nowadays, the majority has a Psychology background and the psychoanalytical theory is the base for comprehension and intervention in case studies. The main characteristic of the therapeutic accompaniment practice, as pointed out by the authors, is that it is carried out outdoors. The main characteristics of the therapeutic accompaniment are: a larger setting; the dialogue with the family and teamwork. The therapeutic accompaniment clinic can be undergone according to different backgrounds and theories that give basis to the intervention of the therapeutic accompanist. Authors point that the psychoanalytical theory is the most used theoretical background in this area. Still, there are two points of view about the theoretical background for the therapeutic accompaniment: the first one - which is

followed by most of the accompanists – is based on the psychoanalytical theory; and the other approach is used by the authors who consider that it is need to be based on different knowledge fields to deal with this practice.

Key-words:

Mental Health – Hospitable Psychiatric Assistance – Psychiatric Nursing – Psychology -
Psychoses

CAPÍTULO 1-
INTRODUÇÃO

1.1- Colocação do Problema

A motivação para desenvolver um estudo sobre o acompanhamento terapêutico retrata uma série de indagações vindas da minha experiência clínica como acompanhante terapêutica e da própria produção científica sobre o tema. Desse modo, optei por apresentar o texto na primeira pessoa do singular quando se refere a minha experiência pessoal e na primeira pessoa do plural quando se trata da realização desse trabalho pela existência de co-realizadores. De acordo com TURATO (2003, p.510) o trabalho qualitativo deve assumir o “eu pensante, operante e anunciante”, já que é imprescindível o aparecimento do sujeito psicológico.

O que percebia em minha prática de acompanhante terapêutica desde o início era o quanto este trabalho era desconhecido ou mal interpretado até mesmo por profissionais da área de saúde. Sendo assim, considero relevante fazer algumas considerações sobre o que é o acompanhamento terapêutico.

Conforme REIS NETO (1995), BERGER et al (1991), SERENO (1996) e BARRETTO (1997a) o acompanhante terapêutico chegou ao Brasil com outras denominações: atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico e amigo qualificado.

Segundo REIS NETO (1995) o atendente psiquiátrico foi introduzido nas décadas de 60 e 70 na comunidade terapêutica Clínica Pinel em Porto Alegre, com a função de acompanhar continuamente o paciente em suas atividades previamente estabelecidas pelos profissionais da clínica

Ainda, segundo REIS NETO (1995), a inserção do auxiliar psiquiátrico ocorreu no Rio de Janeiro na Clínica Villa Pinheiros, no final da década de 60. A função do auxiliar era muito similar a do atendente, já que ele acompanhava o paciente no cotidiano da vida comunitária. Com o fechamento desta clínica, em 1976, muitos auxiliares começaram a trabalhar como profissionais autônomos e gradualmente ocorreram mudanças na forma de trabalho destes e, assim alegam que este foi o motivo que os levaram a reivindicar a mudança para o nome de acompanhantes terapêuticos.

Conforme explica REIS NETO (1995), em ambas as clínicas havia várias atividades previstas pelos profissionais e estas podiam ser tanto internas (grupos operativos, terapia ocupacional, atividades esportivas, entre outras) como externas (idas à casa do paciente, acompanhá-lo em aulas, atividades de lazer, entre outras). Como era este agente (auxiliar ou atendente) que ficava com o paciente o dia todo, também era ele que assumia o acompanhamento dos pacientes em suas atividades externas à instituição.

Segundo BARRETTO (1998), a introdução do amigo qualificado ocorreu no final da década de 70 no Instituto A CASA, em São Paulo, através da imigração de psicanalistas argentinos para o Brasil. Este foi um serviço criado para acompanhar o paciente em sua própria casa e em lugares públicos, após o período que fechava o hospital-dia, já que este funcionava das 9h às 17h. Esta função ficou com essa denominação apenas em 1981 e a própria equipe concluiu que o termo acompanhamento terapêutico se adequava melhor às características do que era realizado. Desse modo, a prática com a denominação de acompanhamento terapêutico foi utilizada a partir da década 80 no Brasil.

Com base nessa experiência, os autores ARAUJO (1999) e CARVALHO (2002) descrevem que, nas últimas décadas, o acompanhamento terapêutico tem sido um instrumento de trabalho cada vez mais utilizado na área de saúde mental, tanto em serviços de natureza privada ou pública. Atualmente, a maioria dos acompanhantes terapêuticos trabalham como profissionais autônomos, porém esta prática também ocorre nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se propõem a tratar de psicóticos e neuróticos graves, levando em conta a necessidade de criação de dispositivos não manicomial. Além disso, existem organizações não governamentais (ONG), que desenvolvem este trabalho vinculados às instituições de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde sua introdução no país, de acordo com CARVALHO (2002), SERENO (1996) e BARRETTO (1997a), a principal característica que marca o acompanhamento terapêutico é o *setting* ampliado, já que o atendimento acontece no cotidiano, ou seja, em locais públicos, como parques, ruas, *shoppings*, supermercado e até na casa do próprio paciente; além disso, o horário e a duração das sessões podem ser variáveis. Atualmente, o acompanhamento terapêutico tem sido indicado por diversos profissionais de saúde como um recurso no tratamento de pacientes psicóticos, sendo, entretanto, também indicado para

pacientes com diagnósticos de transtornos depressivos graves, fobias, toxicomania, deficientes mentais, entre outros.

O acompanhamento terapêutico pode ser realizado por trabalhadores de diferentes categorias e formações profissionais, embora a maioria tenha graduação em Psicologia (CARVALHO, 2002). ARAUJO (1999) destaca que não existe um sistema teórico específico para o acompanhamento terapêutico, porém há uma predominância de práticas embasadas na teoria psicanalítica.

Retomando à minha trajetória pessoal, durante minha graduação em Psicologia, interessei-me pela área clínica na abordagem psicanalítica e tive duas possibilidades de estagiar como acompanhante terapêutica. A primeira foi através de um anúncio colocado no mural da faculdade que eu cursava, no qual uma psicóloga clínica solicitava uma acompanhante terapêutica para uma de suas pacientes que se encontrava enclausurada em sua casa. Fiz a seleção para este trabalho por meio de entrevistas com a própria psicóloga da paciente. Assim, comecei a trabalhar como acompanhante terapêutica.

Embora pouco soubesse sobre a atuação do acompanhante terapêutico - que não era abordada no conteúdo do curso de graduação em Psicologia pelo menos até o ano de 1999 - comecei a atender esta paciente com o diagnóstico de Síndrome de Asperger.¹ As condutas e diretrizes do trabalho deste acompanhamento terapêutico foram decididas pela psicoterapeuta da paciente e estas foram baseadas na necessidade de instalar uma rotina diária na vida da paciente. Dediquei três horas diárias de trabalho pela manhã, tempo necessário para a realização das atividades previstas como: natação em uma academia, caminhar no parque da cidade, aula de pintura em tela com uma professora particular, trabalhos manuais na casa da paciente (argila, desenhos, bordados), passeios em *shoppings*, em exposições e ajuda para alguns cuidados pessoais. Considero necessário destacar que, neste período, ficava a critério meu e da acompanhada, a inclusão de outras atividades. Foram dois anos de trabalho, juntamente com supervisões clínicas, baseadas na teoria psicanalítica, em que aprendi muito neste contato diário com a paciente em sua própria casa e acompanhando-a em diversos lugares. Esta foi uma experiência que suscitou muitas

¹ Segundo Marchioni (1997), alguns aspectos desta síndrome são: prejuízo severo nas interações sociais, tais como, a inabilidade ou falta de desejo de interagir com iguais, falta de apreciação de regras sociais e comportamento socialmente inapropriado, interesses restritos, imposição de rotinas e interesses para si e para os outros, problemas de fala e linguagem, problemas na comunicação não-verbal e inabilidade motora.

interrogações, principalmente em relação às intervenções com a família da paciente, nos limites com a própria paciente, entre outras reflexões.

Ressalto com base em minha experiência que os programas de acompanhamento terapêutico devem ser desenvolvidos diferentemente para cada paciente e sua família, levando-se em conta o motivo do pedido de acompanhamento e o diagnóstico do paciente. A carga horária de trabalho deve estar de acordo com as necessidades do paciente. Além disso, é imprescindível uma continuidade das atividades propostas para alcançar os objetivos propostos do tratamento.

Outra oportunidade de estágio na área clínica ocorreu, também durante minha graduação, em um serviço público onde também pude realizar acompanhamentos terapêuticos com alguns pacientes. Esta experiência também me trouxe muitas interrogações, pois percebia que alguns profissionais viam as saídas extra-hospitalares pontuais com um paciente ou grupo de pacientes como um trabalho de acompanhamento terapêutico.

Com tantas dúvidas, ainda na graduação, procurei produções científicas em bibliotecas e livrarias para embasar minha atuação como acompanhante terapêutica. Porém, tive acesso a apenas dois livros, um organizado pelos acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia, A CASA, intitulado: “A rua como espaço clínico” e o outro escrito pelas psicólogas argentinas Mauer e Resnizky, tendo como título: “Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos”. Constatei, assim, que havia poucas publicações acerca do tema.

Já formada, montei um grupo de trabalho sobre acompanhamento terapêutico e comecei a divulgar tal atuação. Novamente nesse momento, constatei o quanto o acompanhamento terapêutico era desconhecido ou mal interpretado pelos profissionais da área de saúde, já que o relacionavam com um trabalho que não exige qualificação, nem o investimento na construção de caso clínico, uma vez que consideravam que as atividades que poderiam ser desenvolvidas eram apenas para o paciente não ficar ocioso ou sozinho e não viam como uma intervenção que pudesse promover maior autonomia para o doente mental.

Sentindo falta de um respaldo teórico e diante de tantas dúvidas que a vivência como acompanhante terapêutica me trouxe, procurei uma especialização e fiz aperfeiçoamento em acompanhamento terapêutico no Instituto Sedes Sapientiae, na cidade

de São Paulo. Acredito que tal curso me possibilitou delimitar mais meu trabalho e ser mais confiante. Porém, ainda ficaram muitas interrogações tanto em relação à prática quanto em relação à literatura especializada sobre o tema.

Especificamente sobre a produção teórica, observei que a maioria dos autores descrevia vivências desta prática, faltando, muitas vezes, uma fundamentação teórica. Um aspecto sobre as tentativas de teorização é que cada autor descrevia um modo de trabalhar com o paciente, se fundamentando em diferentes visões de mundo e de ser humano, o que tornava difícil compreender o que era o acompanhamento terapêutico, uma vez que não havia um sistema teórico específico para esta intervenção.

Em busca de uma pós-graduação, nível mestrado, comecei a freqüentar aulas como aluna especial na Unicamp e vi, neste espaço, a possibilidade de estudar o tema acompanhamento terapêutico. Durante estes anos e também como aluna regular, realizei um levantamento bibliográfico sobre este tema a fim de compreender melhor o que realmente caracterizava o acompanhamento terapêutico. Apesar das leituras realizadas, restaram muitas dúvidas, já que existiam diferentes posições dos autores referente ao que é o trabalho, modo como ele se realiza, suas principais características e quem é o profissional acompanhante terapêutico. Além disso, notei que havia poucas tentativas de sistematizar uma teoria para esta intervenção.

Deste modo, mesmo diante da produção científica sobre o acompanhamento terapêutico, ainda permanecia a interrogação: o que era específico do acompanhamento terapêutico, já que existiam tantas formas de descrevê-lo? Assim, consideramos a relevância de um estudo sobre a produção científica sobre o acompanhamento terapêutico.

Baseados na produção científica, entendemos que o acompanhamento terapêutico é uma modalidade de atendimento em saúde mental e, portanto, merece atenção dos profissionais, já que é um campo de trabalho que tem sido reconhecido em suas especificidades e está sendo utilizado em serviços privados e públicos. (CARVALHO, 2002), (ARAUJO,1999), (SERENO, 1996)

Podemos observar que a produção científica acerca deste tema vem aumentando nos últimos anos e assim, acreditamos que os acompanhantes terapêuticos têm investido na reflexão e elaboração da própria atuação.

Sendo assim, torna-se relevante este estudo já que há uma ausência de trabalhos com o objetivo de caracterizar a produção teórica sobre o acompanhamento terapêutico, identificando os temas emergentes na mesma. Além disso, esta pesquisa visa analisar a literatura sobre as práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado, considerados pelos autores como experiências antecedentes ao trabalho que atualmente é denominado de acompanhamento terapêutico.

1.2- Delimitação do objeto de estudo

Durante este percurso pudemos constatar que o estudo do acompanhamento terapêutico realmente é escasso na literatura especializada, ainda que as produções científicas, como já citamos, tenham aumentado no decorrer dos últimos anos. Um outro aspecto a ser considerado é que uma parte dessas produções teóricas dão ênfase à vivência da prática, faltando uma fundamentação teórica para sustentar um campo próprio ou uma técnica específica. Além disso, tal atuação tem sido explorada partir de diferentes concepções teóricas e ideológicas o que influencia diretamente tanto a intervenção junto ao paciente quanto a compreensão do caso.

Deste modo, este estudo visa compreender como os acompanhantes terapêuticos representam sua ação expressa em palavras na produção científica.

Segundo TURATO (2003), a produção científica é uma visão elaborada que os estudiosos oferecem a si mesmos e à comunidade e que, por determinado tempo, serve para dizer como eles entendem o funcionamento do mundo e tudo o que percebem nele. Ou seja, é uma representação do que os autores pensam e refletem sobre um determinado assunto.

Inspirada em TURATO (2003) consideramos que a produção científica revela o modo como os agentes da prática chamada de acompanhamento terapêutico a explicam e como a caracterizam, considerando que são representações; pois tanto as idéias como as palavras são simbolizações frente ao mundo.

MINAYO (1998) aponta que a produção científica sobre um determinado tema projeta luz e permite uma ordenação, ainda que imprecisa, da realidade empírica do que está ocorrendo. Esclarece que o processo de conhecimento tem caráter aproximado, pois é

uma construção do que se faz a partir de outros conhecimentos; é inacessível, porque o que fazemos sobre os fatos são sempre imprecisos e parciais; e existe uma vinculação entre pensamento e ação, já que o conhecimento não é espontâneo e surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados.

Como um resultado de toda esta trajetória, o objetivo da presente dissertação é analisar as produções científicas sobre acompanhamento terapêutico, com o objetivo de identificar os temas emergentes dessa produção e estabelecer o que é o acompanhamento terapêutico para os agentes desta prática.

Acreditamos, como pressuposto, que a produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico não sistematiza uma teoria, uma vez que este trabalho pode ser realizado a partir de diferentes concepções teóricas e/ou clínicas.

1.3- Percurso metodológico

Este é um estudo bibliográfico que analisa as produções científicas referentes ao tema acompanhamento terapêutico, a partir do ano de 1960 até 2003. Optamos por adotar esta periodização com base nas afirmações existentes na literatura especializada segundo as quais o acompanhante terapêutico foi introduzido no Brasil a partir dos anos 60, sob a denominação de atendente psiquiátrico, na Clínica Pinel em Porto Alegre, em seguida com a nomenclatura de auxiliar psiquiátrico na Clínica Villa Pinheiros no Rio de Janeiro e de amigo qualificado no Instituto A CASA em São Paulo. Já nos anos 80 esta intervenção foi denominada de acompanhamento terapêutico, nomenclatura que permanece até hoje.

Conforme GIL (1996), as fontes bibliográficas podem ser classificadas em: livros de leitura corrente, que abrangem as obras referentes aos diversos gêneros literários e também as obras de divulgação que proporcionam conhecimentos científicos; livros de referência, que são aqueles que possibilitam a rápida obtenção das informações requeridas;

publicações periódicas, que são aquelas editadas em fascículos, com colaboração de diversos autores; além de impressos diversos.

De acordo com SEVERINO (2002), a produção científica é utilizada como instrumento de trabalho e inclui: livros e/ou textos especializados como de referência geral, tratados, dicionários, manuais, revistas especializadas, periódicos especializados, anais de congressos, simpósios e encontros científicos, além dos recursos eletrônicos gerados pela tecnologia informacional. Ou seja, todas as obras específicas da área de estudo e áreas afins.

De acordo com GIL (1996), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

As fontes primárias desta pesquisa, por ser um estudo bibliográfico, são as produções científicas que tratam do acompanhamento terapêutico, que apresentaremos a seguir. Nesta produção encontramos diversos materiais: livros, dissertações de mestrado, artigos científicos impressos e artigos eletrônicos. Tais materiais estão especificados e subdivididos, em anexos, de acordo com o denominação da prática. No anexo 1 apresentamos a lista dos autores e títulos dos trabalhos científicos sobre o atendente psiquiátrico; no anexo 2, referente ao auxiliar psiquiátrico; no anexo 3, do amigo qualificado; e no anexo 4 apresentamos os trabalhos referentes ao acompanhamento terapêutico.

Primeiramente, descrevemos as exposições orais apresentadas em encontros científicos, após os artigos publicados em revistas especializadas e os documentos eletrônicos. Depois, descreveremos as dissertações de mestrado e, finalmente, os livros sobre o tema:

- Exposição oral apresentada em congresso: “Enfermagem psiquiátrica- sua função”.

Esta foi apresentada no XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em outubro de 1969, em Porto Alegre. Foi escrito por Baltazar Renosi Lápiz e José Alberto Rodrigues que eram alunos da Escola de Enfermagem da UFRGS e atendentes psiquiátricos da Clínica

Pinel e por Ruth Mylius que orientou este trabalho e era instrutora de Ensino do Departamento de Psiquiatria da Escola de Enfermagem da UFRGS.

- Exposição oral e artigo: “Experiências de um estudante de medicina em um hospital psiquiátrico”.

Esta foi apresentada e escrita por Walmor J. Piccinini que era estudante da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e trabalhou como atendente psiquiátrico na Clínica Pinel. Este artigo foi escrito em 1962 e apresentado no II Congresso Estudantil Latino-Americano de Psicologia Médica, em Ribeirão Preto, sob a orientação do Dr. Marcelo Blaya.

- Exposição oral e artigo: O atendente psiquiátrico como fator terapêutico hospitalar”.

Este foi escrito por David E. Zimmerman que foi médico estagiário da Clínica Pinel e apresentou este artigo na 1º Jornada Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, em Gramado, Rio Grande do Sul, em 1960, sob a orientação do Dr. Marcelo Blaya.

- Exposição oral e artigo: “A propósito de uma técnica psicoterápica não interpretativa”.

Este foi apresentado em 1971 no VI Congresso Latino-Americano de Psiquiatria e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em São Paulo. Foi escrito por Carmem Dametto, que foi psiquiatra da Clínica Pinel e da Clínica Villa Pinheiros e Rui Carlos Galanternick, que era aluno do Curso de Especialização em Psiquiatria.

- Exposição oral e artigo: “Formação de auxiliares psiquiátricos”.

Este foi apresentado em 1971 no VI Congresso Latino-Americano de Psiquiatria e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em São Paulo e foi escrito por Jacob Seldin e Ronaldo da Siveira, ambos acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFRJ e por Claudio Carneiro Cunha, médico chefe do Ambulatório 13 de Maio do Instituto Nacional de Previdência Social.

- Artigo publicado em revista: “A Psiquiatria brasileira na década de 60”.

Este foi escrito por Walmor J. Piccinini, em 2001, que foi estudante da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e trabalhou como atendente psiquiátrico na Clínica Pinel e está divulgado no Psychiatry on Line Brazil.

- Artigo publicado em revista: “A importância do cuidar na prática do acompanhamento terapêutico”.

Este artigo foi escrito por Kleber Barretto e publicado em 1996, no departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Artigo publicado em revista: “Acompanhamento terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos”.

Escrito por José Carlos Eggers e publicado pela Revista Psiquiátrica, em 1995.

- Artigo publicado em revista: “Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola”.

Escrito por Veridiana Fráguas e Manoel Berlinck e publicado na Revista Estilos Clínicos, em 2001.

- Documento eletrônico: “Acompanhamento terapêutico”.

Escrito por José Barbosa, porém não temos a informação da data de publicação.

- Documento eletrônico: “Confrontando fantasmas fora do consultório terapêutico”.

Escrito por José Barbosa, porém não temos a informação da data de publicação.

- Dissertação de mestrado: “Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental”.

Defendida por Raymundo de Oliveira Reis Neto, em 1995. O autor recorreu a depoimentos orais dos agentes que estiveram envolvidos com a prática do atendente psiquiátrico e do auxiliar psiquiátrico.

- Dissertação de mestrado: “Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade”.

Defendida por Deborah Sereno em 1996 na Universidade de São Paulo e em seu trabalho articula o acompanhamento terapêutico com a teoria lacaniana.

- Dissertação de Mestrado: “Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico”.

Defendida por Kleber Barretto, em 1997 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Ele relata algumas experiências como acompanhante terapêutico e articula-as com a teoria de Winnicott.

- Dissertação de mestrado: “O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação”.

Defendida por Alessandra Araujo, em 1999, na Universidade Federal de São Paulo. É uma pesquisa de intervenção para investigar o acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação.

- Dissertação de mestrado: “Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?”.

Defendida Sandra Silveira Carvalho, em 2002, na Universidade de Brasília. Esta pesquisa foi realizada através da análise de um questionário aplicado aos participantes do 3º Encontro Regional de Acompanhantes Terapêuticos/1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos.

- Dissertação de mestrado: “Saindo do ab(aut)ismo: o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de acompanhamento terapêutico”

Defendida por Veridiana Fráguas, em 2003, na Pontifícia Universidade de São Paulo. Relata sua experiência como acompanhante terapêutica em uma escola.

- Capítulo de livro: “Redefinindo o papel do Acompanhamento Terapêutico”

Este capítulo foi escrito por Zamignani e Wielenska e publicado no livro intitulado “Sobre o comportamento e cognição”, em 1999.

- Livro: “Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica”

Este livro foi escrito por Susana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky, em 1985, na Argentina e foi traduzido para o português em 1987.

- Livro: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.

Este livro foi publicado em 1991 e organizado pela equipe de acompanhantes do Instituto A CASA ao final do 1º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos. Este livro está dividido em vários artigos dos quais citamos neste trabalho os abaixo relacionados:

- “Campo de criação, campo terapêutico”, escrito por Nelson Carrozzo;
- “Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro”, escrito por César Ibrahim;
- “Comentários”, escrito por Gregório Baremlitt;
- “História”, escrito por Eliane Berger, Adriana Victorio Morettin e Leonel Braga Neto;

- “Sobre o acompanhamento terapêutico”, escrito por Maurício Porto e Deborah Sereno;
 - “O acompanhamento terapêutico e a rua”, escrito por Renata de Azevedo Caiaffa;
 - “O acompanhante terapêutico e a clínica”, escrito por Elisa Maria C. Camargo;
 - “O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico”, escrito por Ana Claro Cenamo, Ana Laura Bicalho Prates e Silva e Kleber Duarte Barretto.
 - “Acompanhamento terapêutico, relato de um caso clínico”, escrito por Maria Helena Fernandes;
 - “A rua e o social de cada um”, escrito por Antônio Carlos Cesarino.
- Livro: Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico.

Este livro foi publicado em 1997 e organizado pela equipe de acompanhantes do Instituto A CASA e está dividido em artigos, entre os quais citamos neste trabalho os que seguem abaixo:

- “Uma proposta de uma visão ética no acompanhamento terapêutico” escrito por Kleber Barretto;
- “Introdução”, escrito por Nelson Carrozzo;
- “A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura?”, escrito por Isso Alberto Ghertman;
- “Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico”, escrito por Leonel Braga Neto;
- “Atravessar a rua: risco de vida ou risco de viver?”, escrito por Renata Petri;

- “ Rex, amigo de fé, minha bazuca: representações de um lugar”, escrito por Marisa Schargel Maia e Nathalie Feldbuzen Nery.
- Livro: “Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança”, escrito por Kleber Barretto e publicado em 1998. Este livro foi resultado de sua dissertação de mestrado já citada anteriormente.
- Livro: “Esquizofrenia: dois enfoques complementares”, escrito por Mauro Louzã em 1999.

No trabalho com as fontes primárias, usamos a leitura analítica, proposta por SEVERINO (2002), que tem como objetivos: fornecer uma compreensão global do significado do texto e treinar o leitor a uma compreensão e interpretação crítica dos textos.

Segundo SEVERINO (2002), os processos básicos da leitura analítica são: a análise textual, a análise temática e a análise interpretativa. A análise textual trabalha sobre unidades bem delimitadas, através de uma leitura rápida e atenta destas para adquirir uma visão do conjunto. A análise temática, além de levantar esclarecimentos sobre o autor, contexto histórico, autores citados, entre outros, o leitor deve determinar e compreender a idéia central e as idéias secundárias e refazer a linha de raciocínio do autor. A análise interpretativa situa o texto na vida, na obra do autor, no contexto histórico e representa uma atitude crítica do leitor frente a posição do autor. Esta leitura propõe uma problematização que levanta e debate questões sobre o texto e a síntese pessoal do leitor deve desenvolver uma conclusão mediante retomada pessoal da mensagem e um raciocínio personalizado e, assim, permitir a elaboração de um novo texto, com redação própria do leitor, com discussão e reflexão pessoal.

Desta forma, após o levantamento bibliográfico referente ao tema acompanhamento terapêutico, realizamos uma leitura textual atenta de todos os textos com base nas indicações acima citadas. Após, procuramos em outras bibliografias, citadas no decorrer deste trabalho, informações tanto sobre o contexto histórico em que cada texto foi escrito, assim como algumas informações do autor para melhor compreensão dos textos analisados.

Tendo uma compreensão geral dos textos, agrupamos os textos referentes às diferentes práticas: atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico, amigo qualificado e acompanhamento terapêutico. Em cada grupo de textos, descrevemos as convergências e as divergências entre os autores, formulando questões referentes aos próprios textos. Esclarecemos que para os processos da análise interpretativa e problematização, utilizamos outros textos que puderam elucidar informações sobre o autor e contexto histórico, além de conceitos utilizados e informações sobre a teoria que embasou a prática do autor.

Diante da análise realizada, a produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico foi dividida em cinco temas emergentes:

1. Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico;
2. A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico;
3. Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico;
4. Características e modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico;
5. Fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico.

TURATO (2003) propõe que o processo de categorização ocorra dentro de dois critérios: o de repetição e o de relevância. No critério de repetição, trata-se de pôr em destaque as colocações recorrentes feitas pelos autores. No critério de relevância, trata-se de considerar um ponto descrito sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador, constitui-se um tema a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação.

Realizamos a categorização considerando ambos os critérios, o de repetição e o de relevância dos pontos nos textos analisados. Deste modo, finalmente escrevemos um texto com a apresentação e discussão dos dados.

Assim, esta dissertação está organizada da seguinte maneira:

No capítulo II, intitulado “O contexto histórico do surgimento do acompanhamento terapêutico no Brasil” descrevemos o contexto histórico em que se deu o surgimento do acompanhamento terapêutico no Brasil. Primeiramente, tratamos das experiências das reformas psiquiátricas ocorridas após a Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e Estados Unidos, já que os autores da literatura especializada apontam que estas influenciaram a introdução do acompanhamento terapêutico. Após, apresentamos a organização da atenção psiquiátrica no Brasil, a partir da década de 60 até os dias atuais, com o objetivo de compreender como se organizava esta assistência e como era o tratamento destinado aos doentes mentais no Brasil em cada década.

O capítulo III tem como título “Os temas emergentes na produção científica sobre o acompanhamento terapêutico”. Este está subdividido em cinco seções: Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico; A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico; Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico; Características e modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico; Fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico.

Nas “Considerações Finais”, apresentamos a síntese da análise da produção teórica do acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003.

CAPÍTULO 2-
CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE O
SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NO BRASIL

Primeiramente, apresentamos as experiências das reformas psiquiátricas ocorridas na Europa Ocidental e Estados Unidos. Conforme SERENO (1996) e BERGER et al. (1991), a história do acompanhamento terapêutico teve início nos anos 60 com a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas e as tentativas de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos. BARRETTO (1997a) explica que o acompanhamento terapêutico é herdeiro de todo este movimento que se iniciou na Europa e Estados Unidos e que se difundiu para outras regiões. Estes movimentos questionavam a noção de doença mental como decorrente de um fator unicamente orgânico e cujo tratamento se dava pela exclusão do doente mental em manicômios. Com a influência da psicanálise, passou-se a valorizar a relação humana como o principal fator e recurso no desenvolvimento de um sujeito.

Deste modo, tais propostas contribuíram para a constituição do cenário em que surgiram experiências isoladas e pontuais que se propunham como uma alternativa ao modelo assistencial manicomial ao qual elas se contrapunham, tendo o acompanhamento terapêutico como uma das estratégias de intervenção. A reforma psiquiátrica e seus antecedentes, segundo AMARANTE (1994), tiveram como inspiração os movimentos de reforma psiquiátrica francês, com a Psiquiatria Institucional e de Setor; o inglês, com a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria; o americano, com a Psiquiatria Comunitária e o italiano, com a Psiquiatria Democrática Italiana.

Logo após, descrevemos a organização da assistência psiquiátrica no Brasil a partir dos anos 60 até os dias atuais, com o objetivo de compreender o cenário em que cada experiência foi inserida. De acordo com REIS NETO (1995); BERGER et al. (1991) e SERENO (1996) o acompanhamento terapêutico é introduzido no Brasil com a função do atendente psiquiátrico, experiência ocorrida na Clínica Pinel, nos anos 60 e 70. Em seguida, na prática do auxiliar psiquiátrico da Clínica Villa Pinheiros no Rio de Janeiro, no final da década de 60. A terceira experiência, com a denominação de amigo qualificado, desenvolveu-se no final da década de 70, no Instituto A CASA, na cidade de São Paulo. Com a denominação de acompanhamento terapêutico esta prática teve início a partir dos anos 80 e vem sendo um recurso utilizado pelos profissionais de saúde no tratamento aos doentes mentais.

2.1- Experiências de reformas psiquiátricas ocorridas na Europa Ocidental e Estados Unidos

Conforme AMARANTE (1995), reforma psiquiátrica é todo o processo de crítica e questionamento de propostas que se contrapõem ao modelo asilar. Após a Segunda Guerra Mundial, tanto na Europa como nos Estados Unidos ocorreram alguns movimentos que contestavam o modelo asilar. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surgiu no final da década de 70, fundado na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

Segundo SILVA FILHO (2000), neste processo de reforma dos cuidados aos doentes mentais, na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, foram exigidas mudanças na estrutura hospitalar com a adoção de novas modalidades e condições de tratamento que visavam diminuir o isolamento do doente internado no hospício.

Esta proposta de reforma foi fruto de experiências anteriores isoladas, sendo as mais significativas as da Menninger Clinic, nos Estados Unidos; a do Hospital de Saint-Alban, na França e a do Northfield Hospital, na Inglaterra. Estas experiências ocorreram durante a Segunda Guerra Mundial, e se referem, principalmente, à recuperação de indivíduos com perturbações mentais durante a guerra, para que estes pudessem voltar mais rapidamente às batalhas. Assim, obtiveram um reconhecimento da eficácia de seus dispositivos terapêuticos (SILVA FILHO, 2000).

SILVA FILHO (2000) explica que nas propostas reformistas citadas, era defendido um tratamento envolvendo não apenas os cuidados dos pacientes individualmente, mas sim o meio social no qual o paciente vivia e trabalhava. Assim, na comunidade hospitalar era importante a interação entre todos os seus membros, as regras de relações sociais deveriam ser reinterpretadas e ensinadas ao doente, com o objetivo de reeducar seus hábitos sociais. Porém, nesta abordagem pedagógica, os psicóticos permaneciam pouco receptivos à lógica do novo tratamento psiquiátrico e o próprio grupo familiar passou a ser objeto de intervenções terapêuticas, muitas vezes, até mais valorizadas que os próprios doentes.

Deste modo, verificamos que as experiências de reforma psiquiátrica resultaram de uma crítica ao funcionamento das estruturas asilares ou manicomiais.

Complementando as idéias de SILVA FILHO (2000) sobre o tratamento ao doente mental após a Segunda Guerra Mundial, BIRMAN e COSTA (1994, p.47) explicam que o asilo passou “a ser considerado como um grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente produtor e mantenedor da enfermidade”.

BEZERRA JÚNIOR (1996) descreve que em oposição a este modelo psiquiátrico hospitalocêntrico que tinha como características principais a exclusão, a cronificação e a violência, os movimentos reformistas procuraram novas bases de sustentação teórica e institucional para o tratamento das doenças mentais, apoiados na teoria psicanalítica.

Segundo AMARANTE (1994), com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiram várias experiências de reformas psiquiátricas, tais como as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática, entre outras.

A seguir, apresentamos as principais características de cada um destes movimentos.

Para GONDIM (2001) o movimento das Comunidades Terapêuticas teve início na Inglaterra e foi consagrado em 1959 por Maxwell Jones. Este processo terapêutico envolvia tanto os profissionais como os pacientes e família, tomando os pacientes como sujeitos nesta troca de experiências.

JORGE (1997) explica que as experiências de comunidades terapêuticas foram baseadas nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman e suas intervenções se apoiavam na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes, tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional. Deste modo, Maxwell Jones criou o termo aprendizagem ao vivo para definir a possibilidade de o paciente aprender meios de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e de se relacionar com os demais.

Nesta perspectiva, conforme GONDIM (2001) e JORGE (1997), o processo de reforma ocorreu no interior das instituições com o objetivo de transformar a dinâmica asilar.

A Psiquiatria Institucional, segundo GONDIM (2001), surgiu na França seguindo os passos das comunidades terapêuticas e teve como precursor François Tosquelles. Sua característica principal era a idéia de que o espaço institucional tinha características doentes e, por isso, deveria ser tratado. Deste modo, o objetivo da psicoterapia institucional era criar instrumentos para restabelecer o convívio dos pacientes, possibilitando a abertura de novos espaços para trocas e experiências.

Conforme JORGE (1997), a Psicoterapia Institucional se baseia em quatro aspectos: liberdade de circulação; lugares estruturados concretos; contratos flexíveis; e acolhimento permanente.

De acordo com GOLDBERG (1994) a Clínica de La Borde, experiência que surgiu na França, em 1953, se propunha a atuar sob a perspectiva da Psicoterapia Institucional. Este movimento sofreu influências de Pinel e Esquirol e da obra de Herman Simon que propôs um tratamento pedagógico aos pacientes, com a possibilidade destes se socializarem, reconhecendo que todos possuem partes sadias e, assim, poderiam ser responsabilizados pelos próprios atos.

GOLDBERG (1994) assinala que na Clínica La Borde era muito importante a vida cotidiana dentro da instituição, pois esta propiciava uma rede de relações de sociabilidade que por si já era terapêutico. Para seu funcionamento era necessário uma série de tarefas de rotina que eram cumpridas pelos profissionais e pacientes em sistema de rodízio e para tais procedimentos eram obrigatórias as constantes reuniões de discussão de problemas.

Conforme GONDIM (2001) este movimento francês recebeu muitas críticas já que não se opunha ao espaço asilar, apenas questionava seu funcionamento e lançou o fundamento teórico da política francesa de setor.

A Psiquiatria de Setor, para GONDIM (2001), tinha o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria e, ao mesmo tempo, contestar o asilo como espaço terapêutico, assim o eixo da assistência deveria deslocar-se para um espaço extra-hospitalar e o hospital psiquiátrico teria a função de auxiliar no tratamento, sendo apenas uma de suas etapas. Após a internação o paciente deveria retornar ao convívio social.

Segundo JORGE (1997), esse movimento foi inspirado nas idéias de Bonnafé e defendia que o hospital deveria ser dividido em vários setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade para manter os hábitos e costumes de cada região na população interna e após a saída do hospital deveria haver uma continuidade de tratamento.

Outro movimento importante que contestava o modelo hospitalocêntrico ocorreu na Inglaterra e foi denominado de Antipsiquiatria. Conforme BEZERRA JÚNIOR (1996), neste movimento destacaram-se as obras de Laing e Cooper. De acordo com JORGE (1997) a antipsiquiatria buscou um diálogo entre a razão e a loucura e denunciava a cronificação da instituição asilar.

BEZERRA JÚNIOR (1996) enfatiza uma experiência em Londres, ocorrida no centro de Kingsley Hall, em 1965, que ficou conhecida como a cidadela da antipsiquiatria, na qual a loucura era entendida como produto da realidade social alienadora e violenta, assim, recusava a loucura como doença, dando valor social à experiência psicótica.

AYUB (1996) destaca, em relação a antipsiquiatria, o livro intitulado “Viagem através da loucura”, no qual Mary Barnes, uma paciente psicótica, descreve sua vivência em Kingsley Hall e enfatiza a importância da relação com seu médico J. Berke. Barnes afirma que esta era uma comunidade que tinha como proposta uma não discriminação entre os pacientes e terapeutas. Esta experiência se espalhou pelo mundo através da mídia e influenciou muitas comunidades terapêuticas.

Na Itália se desenvolveu o movimento da Psiquiatria Democrática, iniciada na década de 60, e tendo Franco Basaglia, médico psiquiatra, como o precursor dessa reforma psiquiátrica.

De acordo com BASAGLIA et al. (1994), a Psiquiatria Democrática acentuava de modo enfático a necessidade de combinar transformações no sistema assistencial com intervenções nos elementos de ordem social, política e cultural que sustentam o universo manicomial.

Conforme JORGE (1997) e GONDIM (2001) a experiência italiana foi a que mais promoveu ruptura tanto na forma de assistência como na forma de pensar a doença mental, ou seja, não buscou-se apenas a suspensão dos cuidados, mas uma nova forma de entender, tratar e lidar com a doença mental. Este movimento italiano, segundo JORGE (1997), sofreu influências da Antipsiquiatria, da sociologia de tradição marxista italiana, do existencialismo e da teoria crítica.

Conforme os autores citados no parágrafo anterior, Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica, além de melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos. Segundo GOLDBERG (1994) e JORGE (1997) no decorrer do trabalho, Basaglia percebeu que ainda permaneciam características semelhantes ao modelo asilar como a segregação dos pacientes e isolamento do meio social. Basaglia considerou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a doença mental. Dessa forma, criticou tanto a postura tradicional da cultura médica que transformava o indivíduo em objeto para intervenções clínicas como a psiquiatria clássica que considerava a internação como modalidade de tratamento.

Deste modo, segundo GOLDBERG (1994), Basaglia conduziu a desativação progressiva dos hospitais e a criação de centros externos.

Segundo JORGE (1997), em 1970, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste e iniciou o processo de reestruturação deste hospital psiquiátrico. Promoveu a substituição do tratamento hospitalar manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergência psiquiátrica em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas. GOLDBERG (1994) descreve que a função desses

serviços comunitários era manter um regime de vida social para o paciente. Este processo iniciou em 1971 e nos dez anos subsequentes todos os manicômios foram abolidos.

JORGE (1997) descreve que a experiência de Trieste demonstrou ser possível a desmontagem do manicômio como forma de tratamento e causou transformações no campo do conhecimento da psiquiatria, além de provocar modificações no sistema jurídico do país. Em 1978, se estabelece a Lei 180 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como Lei Basaglia, que estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente, além de proibir novas internações e a construção de novos hospitais psiquiátricos.

JORGE (1997, p.12) explica que na psiquiatria italiana o objetivo não era negar a doença mental para assim não tratá-la:

A instituição negada, segundo Basaglia, não se resumiria na negação do hospital psiquiátrico, e sim na psiquiatria enquanto ideologia, enquanto ciência que se apodera de um mandato social. Não seria tampouco a negação da doença, já que o sofrimento está lá, com o sujeito. Entretanto, o sujeito é visto aqui como um objeto complexo, e essa complexidade é que vai possibilitar múltiplas visões acerca do fenômeno doença.

Além das reformas realizadas na Europa, o continente americano também formulou a Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Psiquiatria Comunitária. Segundo GONDIM (2001), este movimento teve a pretensão de representar uma reforma radical na psiquiatria, cujo objeto passaria a ser a prevenção das doenças mentais. O principal teórico deste movimento foi Gerald Caplan que propôs a busca de alternativas tanto ao modelo hospitalar como às outras formas de assistência.

JORGE (1997) explica que o programa de Caplan foi dividido nas seguintes propostas: reduzir os transtornos mentais; reduzir a duração dos transtornos mentais; reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais.

As formulações da Psiquiatria Preventiva, conforme GONDIM (2001), propiciou a redução de gastos com internações hospitalares, por meio de tratamentos extra-hospitalares e a criação de modelos alternativos para a reabilitação dos doentes mentais, porém não promoveu a ruptura do modelo asilar tradicional.

De acordo com BEZERRA JÚNIOR (1996), todos os grupos da Europa e Estados Unidos que tinham idéias de mudanças no tratamento aos doentes mentais se reuniram em Bruxelas, em 1975, para o lançamento de uma “Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria” com o objetivo de engajar tanto os profissionais de saúde mental quanto os pacientes. Para isso importantes reuniões foram realizadas em Paris, Trieste, São Francisco, México e Espanha. No Brasil, em 1984, esta rede fez um julgamento da psiquiatria tradicional no Centro Cultural de São Paulo, no qual criticavam o modelo asilar.

Para concluir, vemos que os projetos de reforma que serviram de inspiração às experiências alternativas ao modelo assistencial manicomial e hegemônico no Brasil até os anos noventa, conforme discutiremos a seguir, tinham dentre seus principais pontos de sustentação a crítica aos modelos psiquiátricos tradicionais embasados na chamada “Psiquiatria Científica” (RESENDE, 2000, p.43). Ou seja, uma abordagem psiquiátrica que tinha na internação hospitalar e no afastamento social do doente o seu foco de intervenção, associado à idéia de incapacidade civil do paciente em decorrência da doença.

Ao contrário disso, as reformas psiquiátricas empreendidas nos países europeus e na América do Norte desde o pós-guerra propunham que o doente fosse visto como alguém com possibilidades de participar das decisões sobre seu tratamento, dado que dispunha também de recursos e aspectos sadios. Para tanto, cada iniciativa com suas características, estabelecia formas de organizar o processo terapêutico, mediante a mobilização de aspectos ligados ao ambiente em que os pacientes se encontravam, assim como através da exploração de questões relacionadas à dinâmica grupal.

Neste sentido, enquanto o ponto mais evidente na Psicoterapia Institucional é a transformação do próprio funcionamento da equipe e dos pacientes em grupo como objeto de intervenção terapêutica, a Antipsiquiatria tem como especificidade a mudança cultural e social com relação à estigmatização da doença mental e conseqüentemente, a inclusão da

família como objeto de tratamento. Por outro lado, para a Psiquiatria Italiana o ponto central é a estruturação de uma sociedade sem manicômios, uma vez que a doença mental é um produto de relações econômicas, políticas e sociais desiguais e que o tratamento implicava o resgate dos direitos de cidadania dos doentes mentais. Diferentemente desta corrente, a Comunidade Terapêutica propõe a resolução dos conflitos que levam ao adoecimento psíquico no âmbito da própria instituição psiquiátrica, mediante a organização e o comprometimento dos diversos agentes envolvidos e, principalmente, dos pacientes na organização do ambiente terapêutico. Já a Psiquiatria Preventiva é marcada pela tentativa de prevenir as doenças mentais.

A seguir, discutiremos de que modo estas concepções foram incorporadas à organização da assistência psiquiátrica no Brasil.

2.2- Organização da assistência psiquiátrica no Brasil no período dos anos 60 a 2000.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, de acordo com AMARANTE (1994), no Brasil, uma das características das tentativas de reforma psiquiátrica foi sua marginalidade e seu insucesso foi ocasionado pela forte oposição exercida pelo setor privado que passou a controlar o Estado, também no campo da saúde.

RESENDE (2000) descreve que a história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil foi marcada por propostas e práticas que nem sempre caminharam juntas devido aos interesses de diversos grupos no poder.

Para melhor compreender a situação da assistência psiquiátrica na década de 60, RESENDE (2000) explica que nos anos 50 a situação era caótica, já que todos os hospitais públicos eram superlotados, havia deficiência de pessoal, maus tratos aos pacientes, condições de hotelaria péssimas, além de que não se tomava conhecimento das transformações da prática psiquiátrica na Europa e Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial.

AMARANTE (1994) assinala que, na década de 60, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, assim, a doença mental tornou-se objeto de lucro e ocorreu aumento no número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados e as propostas mais inovadoras que buscavam uma alternativa não manicomial encontravam sérias dificuldades.

RESENDE (2000) acrescenta que a psiquiatria no Brasil só adquiriu o status de prática assistencial de massa após 1964, pois, até este ano, os hospitais da rede pública permaneciam reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência e havia uma notória ideologia privativista. Alegando razões de ordem econômica, o Estado optou pela contratação de leitos em hospitais privados que cresceram rapidamente para responder à crescente demanda. Desse modo, o período de 1965 a 1970 foi marcado pelo crescimento do número de doentes internados em os hospitais da rede privada e nas instituições conveniadas.

Segundo RESENDE (2000), não havia controle da duração das internações, chegando a ser mais de 3 meses, e dirigiam-se majoritariamente aos neuróticos e alcoolistas. Embora existisse uma preocupação do Estado em diferenciar o hospital psiquiátrico conveniado do velho hospital público, este último mudou com melhores condições de hotelaria, porém não houve um avanço na qualidade de tratamento.

DELGADO (2000) afirma que houve algumas mudanças nos hospitais psiquiátricos conveniados como: baixa significativa da mortalidade hospitalar, relativa humanização de seu ambiente interno, entre outras medidas. Porém, estas clínicas privadas também eram lugares de abandono e exclusão.

Segundo PAULIN e TURATO (2004), os documentos oficiais desta época apontam para outro caminho, diferente do aumento da hospitalização. Por exemplo, a Previdência Social lançou a resolução de serviço CD/DNPS 942/62 - Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos doentes mentais – que determinava que a assistência psiquiátrica ocorresse em ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais. Entretanto, este serviço nunca foi implantado.

Sobre a clientela dos hospitais públicos e privados, DELGADO (2000) descreve que muitos pacientes não tinham uma finalidade terapêutica e sim, muitas vezes, como um meio para licença na Previdência Social, um refúgio para os desempregados, um lugar de repouso, um abrigo para velhos, menores abandonados e mendigos, uma casa correcional para alcoólatras, toxicômanos, além de refúgio de criminosos, para encobrir o ato criminal por motivos de desordens psíquicas.

CERQUEIRA (1981) acrescenta que os não psicóticos constituíam cerca de um terço das entradas nos hospitais psiquiátricos e também a maior parcela de segurados afastados do trabalho, se beneficiando do auxílio doença. No que se refere aos pacientes previdenciários, há de considerar que uma parcela era representada por simuladores que reivindicavam regalias como: abono de faltas, licença e /ou aposentadoria para tratamento de falsas doenças.

Conforme CERQUEIRA (1981) e JORGE e FRANCA (2001) o “Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica” foi elaborado e oficialmente aprovado no dia 19 de julho de 1973, porém foi sabotado desde seu primeiro dia. Seu programa diversificava a oferta de tratamento para doentes mentais que dava ênfase na assistência extra-hospitalar e defendia a equipe multiprofissional. Isto permitiria o controle e a contenção das internações desnecessárias, além do hospital dia, hospital noite. O leito, porém, era imposto como única opção, pois nenhuma das outras opções pagava 100% da diária hospitalar.

Ainda segundo CERQUEIRA (1981), em 1968, em dados oferecidos pelos próprios diretores de hospitais, mais de sete mil doentes não tinham cama, obrigando a introdução do conceito de leito-chão e havia hospitais psiquiátricos sem psiquiatra. Morriam mais pacientes psiquiátricos do que em qualquer hospital geral com pacientes crônicos com outros diagnósticos.

Segundo RESENDE (2000), vários obstáculos e resistências vieram contrapor esta tendência com denúncias contra o favorecimento das internações e a população começou a cobrar mais eficiência já que viam que era dispendioso e cronificador.

Conforme PAULIN e TURATO (2004) na década de 70 o modelo asilar se tornou crítica unânime nos documentos oficiais, sendo os principais: “Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica”, do antigo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS - (Ordem de Serviço número 304.3/73) em 1973, já citado anteriormente; “Portaria interministerial” (MS/MPAS) número 1369 de 15/02/79, em 1979; “Diretrizes da Divisão Nacional de Saúde Mental” (DINISAM/MS) em 1980; “Programas de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social” (MPAS/CONASP), em 1982. Isso não significou que houve uma modificação na realidade concreta das instituições psiquiátricas, entretanto, aponta para uma tendência às reformulações.

Deste modo, para PAULIN e TURATO (2004, p.255) a década de 70

poderia ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviços propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio de contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil.

RESENDE (2000) descreve que o ano de 1974 foi marcado pelo fim desse período de prioridade dada à psiquiatria, já que após anos de grande crescimento econômico, houve alguns problemas como: desgaste da força de trabalho, deteriorização na qualidade de vida dos trabalhadores, crescimento da mortalidade infantil, aumento da incidência de casos de tuberculose, entre outros. Assim, a assistência ao doente mental perdeu a importância relativa, ocorrendo redução da proporção de gastos com saúde mental em relação aos dispêndios com a assistência médica.

Segundo AMARANTE (1994), nos anos 70, no Brasil, havia poucas experiências em andamento tentando quebrar a hegemonia do modelo asilar, ocorriam experiências isoladas sem perspectivas de transformação global do sistema. Também conforme BEZERRA JÚNIOR (1996), assinala que ainda nos anos 70, houve três experiências importantes contra o modelo asilar. Uma que ocorreu no Rio de Janeiro, com a Dra. Nise da Silveira, no Museu das Imagens do Inconsciente que resistiu às dificuldades no Centro Psiquiátrico Pedro II desde os anos 40 e a outra experiência ocorreu na unidade de atenção primária de Murialdo e o programa de setorização do atendimento no Hospital São Pedro, ambos em Porto Alegre.

Entretanto, no restante do Brasil o quadro de assistência era muito ruim, com clínicas superlotadas e com alto grau de mortalidade, além das ocorrências de internações indiscriminadas, muitas reinternações, uso excessivo de medicamentos e assim, a cronicidade era a consequência para o doente mental (BEZERRA JÚNIOR,1996).

Sobre as poucas experiências contra o modelo asilar de tratamento, PAULIN e TURATO (2004) comentam que embora isoladas tais experiências contribuíram para reflexões e discussões que posteriormente provocariam uma mudança na assistência psiquiátrica brasileira. Destacam três estados que se tornaram referências de tais experimentos: Rio Grande Do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Vamos nos deter em cada uma delas com o objetivo de contextualizar o cenário do qual emergiram as experiências que deram origem ao acompanhamento terapêutico, de acordo com o que afirmam BARRETTO (1997a), SERENO (1996) e REIS NETO (1995).

Segundo PAULIN e TURATO (2004), o Rio Grande do Sul foi o estado em que o modelo preventivo-comunitário foi mais marcante. Estabeleceram prioridades embasados na saúde pública e na psiquiatria comunitária, enfatizando o atendimento às famílias, capacitação de pessoal técnico, com treinamento de membros da comunidade para exercerem o papel de agentes de saúde.

UCHÔA (1981) descreve que a psiquiatria no Rio Grande do Sul se entrosou com as concepções psicanalíticas e com a psiquiatria social, o que permitiu uma grande força, riqueza e entrosamento com a “Sociedade de Psicanálise” local. Segundo PAULIN e TURATO (2004) foi também neste estado que surgiu, no início dos anos 60, a Clínica Pinel, considerada o primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica postulado por Maxwell Jones e das experiências da psicoterapia institucional francesa.

Relataremos sobre a Clínica Pinel já que foi o local onde ocorreu a experiência do atendente psiquiátrico. PICCININI (2001) assinala que a Clínica Pinel foi fundada em 28 de março de 1960 pelo professor Marcelo Blaya que vinha de uma experiência de quatro anos de residência na Clínica Menninger de Topeka, nos Estados Unidos, padrão em atendimento psiquiátrico psicodinâmico e modelo para muitos serviços.

BIRMAN e COSTA (1994) destacam a importância da Clínica Menninger. Esta era uma comunidade terapêutica, que desde 1936 tratava de doentes internados, colocando-os em pequenos grupos, visando a ressocialização. Ou seja, esta clínica representava uma tentativa de reforma na assistência psiquiátrica se contrapondo ao modelo asilar.

Segundo PICCININI¹ (2003), Marcelo Blaya tornou-se Livre-Docente da Faculdade de Medicina da UFRGS e criou um curso de formação de psiquiatras que se tornou referência nacional, além de colocar em prática os conceitos de comunidade terapêutica.

Conforme PICCININI (1962), a Clínica Pinel era de natureza privada, atendia uma população composta em sua maioria por psicóticos adultos. Os poucos pacientes com cobertura previdenciária eram funcionários da Caixa Federal e do ex- Instituto Aposentadoria e Pensões do Comércio (IAPC). Os pacientes que não tinham recursos financeiros ou cobertura previdenciária, que eram a maioria, eram encaminhados ao Hospício São Pedro, um macro-hospital que chegou a ter mais de 5000 pacientes internados e este fato se repetia no resto do país.

Conforme PICCININI (1962), a equipe terapêutica da Clínica Pinel era constituída por um médico supervisor, um médico residente, atendentes psiquiátricos, praxiterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. O hospital estava constituído por diversas dessas equipes que visavam o tratamento individual de pacientes. Cada equipe atendia no máximo dez pacientes e, ao lado deste serviço de atendimento, havia a administração, que era encarregada dos assuntos gerais.

Sobre a equipe da Clínica Pinel, REIS NETO (1995) acrescenta que a equipe profissional da clínica também contava com os funcionários de limpeza, cozinha, entre outros, já que todos deveriam participar ativamente da vida comunitária².

¹ <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0903.htm>

² De acordo com BASAGLIA et al. (1994), a proposta de comunidade terapêutica foi considerada revolucionária, principalmente pelo tipo de relação médico-paciente e era preciso haver um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar. EVA et al. (1971) reforça a necessidade de não haver uma hierarquização na equipe e até entre equipe e pacientes. Assim, tanto os comentários de BASAGLIA et al. (1994) como os de EVA et al. (1971) reforçam a participação e a não hierarquia entre os membros da equipe como proposta de comunidade terapêutica.

Sobre a doença mental, PICCININI (1962) e REIS NETO (1995) relatam que os profissionais da clínica acreditavam que o doente mental era uma pessoa que sofria uma desintegração transitória do ego, porém, algumas áreas permaneciam intactas. Assim, consideravam o doente mental como uma pessoa dissociada em partes doentes e sadias e havia uma preocupação com a adaptação dos doentes mentais ao convívio social dentro do hospital. Para tanto, os pacientes precisavam respeitar as regras e participar dos grupos pré-estabelecidos pela clínica. Conforme os autores citados, esta concepção de doente mental era baseada na teoria psicanalítica.

No funcionamento da Clínica Pinel, segundo REIS NETO (1995), as atividades propostas eram, de uma maneira geral, grupais e as famílias dos pacientes eram convidadas a participar do tratamento através de um trabalho de atendimento familiar. Este trabalho era orientado para a reintegração do doente ao meio social exterior, com o uso do esquema de hospital-dia e saídas de pacientes. Para acompanhar estas eventuais saídas com os pacientes da clínica pelas ruas ou nas casas desses últimos, havia uma figura chamada de atendente psiquiátrico.

Entre as atividades grupais, desenvolviam-se os grupos operativos³. REIS NETO (1995) assinala que estes eram propostas essenciais de tratamento da Clínica Pinel e constituíam-se tentativas de criação de um espaço democrático, nos quais todos poderiam e deveriam se pronunciar acerca dos assuntos trazidos ao debate. O médico coordenador tinha a função de propiciar o ambiente para que a discussão acontecesse, mais do que oferecer as soluções para os temas colocados através de um suposto saber maior. Ou seja, todos os participantes do grupo tinham posição de igualdade, sem as tradicionais divisões de papéis entre pacientes e técnicos.

³ Os grupos operativos foram introduzidos por Enrique Pichon Rivière, médico psiquiatra com formação psicanalítica, na década de 40, na Argentina (ZIMMERMAN, 1999b). PICHON RIVIÉRE (1988) considera o indivíduo como um resultante dinâmico estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos e, deste modo, indicou estudar o indivíduo não como um ser isolado, mas incluído dentro de um grupo, basicamente o familiar. Segundo PICHON RIVIÉRE (1988), grupo é um conjunto restrito de pessoas ligadas pelas constantes de tempo e espaço e que se propõe a realizar uma tarefa que constitui uma finalidade e a tarefa vai depender do campo operativo do grupo. Deste modo, um grupo operativo é um instrumento de trabalho que tem uma função terapêutica. É um grupo que tem uma tarefa a realizar e, através desse trabalho operativo, esclarece dúvidas individuais, rompe estereótipos e possibilita a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo. Sobre o papel do coordenador do grupo operativo, PICHON RIVIÉRE (1988) designa como aquele que pensa junto com o grupo, ao mesmo tempo em que integra o pensamento grupal e facilita a dinâmica da comunicação grupal.

LÁPIS et al. (1971) também acreditavam que os grupos operativos colaboravam para que os pacientes tomassem as próprias atitudes. Descrevem que um grupo de aproximadamente 15 pacientes e um ou dois atendentes se reunia diariamente sob a coordenação de um médico que como líder era capaz de compreender e assimilar a angústia do grupo, levando-o a pensar soluções, desenvolvia um diálogo amistoso, se expondo como pessoa real, tratando a todos como adultos, estimulando idéias para a busca de soluções que permitissem a realização de uma tarefa. Desse modo, os participantes discutiam situações de dificuldade e estabeleciam maneiras de resolvê-las, compartilhando a responsabilidade na decisão.

EVA et al. (1971) consideram que o uso de grupos operativos em qualquer comunidade terapêutica era um importante instrumento de trabalho para que os pacientes pudessem participar de diversos processos de decisão. O coordenador do grupo operativo não podia, em consonância com a proposta de uma comunidade terapêutica, ter uma posição autoritária, característica do modelo asilar.

REIS NETO (1995) destaca que há uma divergência sobre a origem do atendente psiquiátrico. Alguns de seus entrevistados colocam que, dado o intercâmbio entre psicanálise e psiquiatria em Porto Alegre e Buenos Aires, possivelmente, um precursor da figura do acompanhante terapêutico tenha surgido no interior de comunidades argentinas e depois na Clínica Pinel, em Porto Alegre e outros entrevistados colocaram que o prática de atendentes teria sido uma experiência pioneira da Clínica Pinel.

No Rio de Janeiro, conforme PAULIN e TURATO (2004), se destacaram as experiências do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) estrutura da prática asilar que se transformou viabilizando avanços no modelo de atenção ao doente mental. Conforme já citamos, a experiência de Nise da Silveira, influenciada pela obra de Jung, desenvolveu-se na Seção de Terapêutica Ocupacional através de um trabalho de atividades expressivas com pacientes da instituição. Após, fundou a Casa das Palmeiras, que era uma clínica para doentes mentais e em 1960 formou o Grupo de Estudos do Museu de Imagem do Inconsciente, que se tornou centro de referência das práticas artísticas para pacientes psicóticos.

Apresentamos a Clínica Villa Pinheiros, o local onde ocorreu a prática designada pelo termo auxiliar psiquiátrico.

Segundo REIS NETO (1995), a Clínica Villa Pinheiros começou a funcionar em novembro de 1969 no bairro de Humaitá, zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Sua fundação foi realizada por um grupo de psiquiatras com formação psicanalítica, inspirados na experiência da Clínica Pinel de Porto Alegre e, neste novo espaço, instituíram a figura do auxiliar psiquiátrico.

De acordo com IBRAHIM (1991), os pacientes da clínica, todos diagnosticados como psicóticos, podiam ser internados ou estar em regime de hospital-dia. Os pacientes recebiam atendimento psiquiátrico dos próprios médicos da clínica, além da assistência prestada às famílias através dos setores de psicologia e assistência social.

REIS NETO (1995) explica que, de acordo com o relato de um dos sócios da clínica, ela funcionou até 1976, pois era um trabalho muito sofisticado e precisava que houvesse uma clientela com alto padrão financeiro, o que para a maioria da população era impossível investir. Em termos empresariais, a clínica era muito difícil de se sustentar, pois tinha uma estrutura muito cara, muitos técnicos e não era possível manter este padrão sem cobrar um preço alto, ficando restrito a uma população de elite.

Segundo REIS NETO (1995), era uma clínica que se propunha a um tratamento moderno, tendo uma maciça influência da teoria psicanalítica aplicada ao tratamento de psicóticos. Receberam muitos pacientes crônicos com a esperança de serem curados e isso não aconteceu, o que representava um desgaste financeiro alto para as famílias, pois eles permaneciam na clínica. Houve também outros fatores que contribuíram para o fechamento da clínica, como o surgimento de hospitais ligados à previdência e a crise econômica pela qual começou a passar a sociedade brasileira na época e, particularmente, no Rio de Janeiro após a mudança da capital federal para Brasília.

Conforme REIS NETO (1995) e IBRAHIM (1991), para o início do trabalho do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro, os sócios da Clínica Villa Pinheiros convidaram profissionais, uma psiquiatra e quatro atendentes da Clínica Pinel, estes aceitaram a

proposta de trabalho. IBRAHIM (1991) afirma que a idéia da função de auxiliar psiquiátrico havia sido trazida da Argentina, foi experienciada na Clínica Pinel e a Dra. Carmen Dametto teria sido uma das precursoras.

REIS NETO (1995) destaca que os recursos de comunidades terapêuticas eram acrescidos de atendimento individual e grupos de terapia aos pacientes. Além disso, as reuniões e as supervisões eram baseadas em conceitos da teoria psicanalítica utilizados na compreensão da doença mental dos pacientes.

Sobre a concepção de doença mental, REIS NETO (1995) e IBRAHIM (1991) descrevem que os profissionais da clínica acreditavam que todos os indivíduos apresentavam basicamente os mesmos impulsos, variando a intensidade e a qualidade das defesas usadas para manejá-los e, assim, todas as pessoas apresentam maior ou menor grau de dissociação do seu ego. O doente mental, por sua vez, atingiu um nível mais extenso e profundo desta dissociação do uso de defesas cada vez mais regressivas, surgindo os sintomas. Esta concepção é semelhante à concepção descrita pelos profissionais da Clínica Pinel, já que consideravam os indivíduos dissociados em partes sadias e doentes.

Em São Paulo, conforme PAULIN e TURATO (2004), no ano de 1972 houve um convênio entre a Secretaria do Estado de Saúde e as quinze faculdades de medicina existentes, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de modelos assistenciais, pesquisas epidemiológicas, capacitação de recursos humanos e implantação de centros comunitários de saúde mental. Embora a implantação de tais centros tenham sido interrompidas gradativamente, essa iniciativa foi referência marcante para o desenvolvimento de novos modelos assistenciais.

Apresentamos o Instituto A CASA, na qual, conforme citação anterior ocorreu a experiência do amigo qualificado. O Instituto A CASA é uma clínica privada fundada no final da década de 70, que oferece tratamento diversos na área de saúde mental. (ACASA, s/d)⁴.

⁴ <http://www.acasa.com.br/acasa/texto.asp?id=22>

CARROZZO⁵ (1991) descreve que o hospital-dia A CASA se constituiu depois de anos de pesquisa, já que foi necessário um entendimento comum sobre a psicose e seu tratamento entre os profissionais envolvidos. Assim, estabeleceram uma valorização do delírio, como construção própria e original do paciente psicótico, que deveria ser escutado como uma tentativa de cura e não anulado simplesmente pelo uso de medicação e outros métodos.

Desse modo, CARROZZO (1991) descreve que o tratamento proposto ocorria em regime de hospital-dia através de grupos de psicoterapia, atividades expressivas e terapia familiar. Quase todos os profissionais já tinham trabalhado em instituições psiquiátricas asilares e o esforço de todos era realizar uma proposta diferenciada e isso na prática fez investir em dois recursos. Um deles, a princípio chamado de amigo qualificado, veio a se constituir o acompanhante terapêutico. O outro recurso que consideraram ser de muita importância foi a terapia familiar, já que perceberam que se a família trabalhasse na direção do tratamento, o doente mental tinha chance de maior evolução

CARROZZO (1991) enfatiza que a psicanálise era a teoria básica de entendimento de todos os profissionais da clínica.

Após esta apresentação, vemos que essas iniciativas, desenvolvidas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, constituíram –se experiências que demandaram a instituição de práticas precursoras do acompanhamento terapêutico.

Autores como CARROZZO (1991), SERENO (1996), PICCININI (1962) e REIS NETO (1995) freqüentemente fazem menção a respeito da inspiração e da influência da psicanálise na formulação das experiências da Clínica Pinel, da Clínica Villa Pinheiros e do Hospital- Dia A CASA. Assim, assinalamos algumas questões que marcaram o movimento psicanalítico no Brasil, segundo BIRMAN (1996) e BEZERRA JÚNIOR (1996).

⁵ Nelson Luiz Magalhães Carrozzo é psicanalista e psiquiatra; diretor fundador do hospital-dia A CASA; supervisor geral do serviço de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A CASA; diretor fundador de curso de formação de coordenadores de grupo no hospital-dia A CASA; coordenador geral do departamento de estagiários do hospital-dia A CASA; membro do CIR (Centro Internacional de Recherche en psychologie Social et Institutionnel- Zurich)

BIRMAN (1996) afirma que nos anos 80, no Brasil, a psicanálise se desenvolveu muito, se consolidou pela articulação de práticas ocorridas nas décadas de 60 e 70. O estudo psicanalítico também se inseriu com maior abrangência na sociedade e ultrapassou suas influências iniciais restritas apenas ao Sul e Sudeste do Brasil. Além disso, houve a multiplicação dos centros de formação e transmissão da Psicanálise.

Para compreender melhor tais modificações é preciso, porém, entender o percurso histórico no início dos anos 60. No início desta década, a Psicanálise no Brasil se restringia a pequenos grupos em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Belo Horizonte. Estes eram vinculados à Associação Brasileira de Psicanálise e à Associação Internacional de Psicanálise. Os demais grupos representavam uma modalidade ilegítima da psicanálise (BIRMAN, 1996).

A Associação Internacional de Psicanálise era considerada a de formação oficial e a mentalidade teórica se vinculava à tradição da escola inglesa de psicanálise, representada principalmente por Melanie Klein e Winnicott. No Brasil, as instituições psicanalíticas eram constituídas por um pequeno número de analistas que precisavam Ter formação médica. Este cobravam preços muito altos por haver uma pequena oferta de analistas e grande demanda de analisandos e, por isso, os atendimentos se voltavam apenas a uma pequena elite (BIRMAN, 1996).

Nesta forma, segundo BIRMAN (1996), o desenvolvimento do campo psicanalítico apresentava dois obstáculos. O primeiro por ser uma prática elitista, voltada para uma pequena minoria que tinha recursos financeiros, e o segundo se refere que apenas os médicos poderiam fazer a formação psicanalítica, e assim os psicólogos e outros profissionais eram excluídos desta formação.

Sobre o primeiro obstáculo, se desenvolveu a prática psicanalítica em grupos desde a década de 60 e em 70 houve uma intensa atividade nesta área. Com a psicanálise em grupo, os analistas podiam se manter com um grupo de elite e também trabalhar com camadas da classe média da população. Ressalta-se que as instituições de psicanálise consideravam a psicanálise individual como condição fundamental para a formação psicanalítica. Porém, nos anos 80 a prática em grupo quase desapareceu, pois houve um remanejamento no campo, sobre a oferta e procura desse trabalho clínico (BIRMAN, 1996).

Sobre o segundo obstáculo, em que apenas os médicos poderiam ser psicanalistas, os psicólogos excluídos dessa possibilidade foram buscar o reconhecimento como analistas em diferentes registros institucionais, que não eram considerados uma psicanálise legítima e ortodoxa. Então, os psicólogos começaram a formação psicanalítica com psicanalistas argentinos, pois era considerada a psicanálise mais respeitável da América Latina. Isso ocorreu nos anos 70, balançou as instituições ligadas à Associação Internacional de Psicanálise e ampliou o número de analistas. Além disso, houve a busca de um outro referencial simbólico, poderoso e eficaz, que foi o movimento lacaniano, que se apoiava em um “retorno a Freud” e fundou uma relação da psicanálise em outras bases, havendo outras possibilidades de legitimação da identidade do analista (BIRMAN,1996).

BEZERRA JÚNIOR (1996) esclarece que a ditadura na Argentina favoreceu a imigração de psicanalistas argentinos para o Brasil e este foi um dos elementos que influenciaram a entrada de muitos profissionais embasados na teoria psicanalítica nos hospitais psiquiátricos.

Neste contexto, as sociedades psicanalíticas filiadas à Associação Internacional de Psicanálise entraram numa crise severa e iniciaram um processo de modernização da formação psicanalítica, na qual psicólogos poderiam ser aceitos e havia mais flexibilidade para a função didática; porém, esta se manteve numa estrutura hierárquica (BIRMAN,1994).

Deste modo, o que caracterizou fundamentalmente os anos 80 foi a polivalência e a multiplicidade das instituições analíticas e núcleos de formação. Até existiam outros grupos, porém destacam-se dois pólos: a Associação Internacional de Psicanálise e a do movimento lacaniano. Como consequência, houve uma expansão do mercado clínico, tendo mais analistas e, com isso, o preço das sessões tendeu a diminuir. E, neste contexto, é que a grupoterapia analítica teve seu quase desaparecimento e houve uma mudança interna no trabalho psicanalítico, pois o número de sessões semanais (quatro ou cinco) foi relativizado (BIRMAN,1996).

Estas modificações das instituições psicanalíticas tiveram conseqüências culturais imensas no Brasil. Possibilitou o confronto entre diferentes modelos teóricos e clínicos, cada um tendo que apresentar sua teoria de forma mais consistente, e assim houve um crescimento da pesquisa psicanalítica, sendo observável pelo aumento de livros, artigos e revistas nesta área. Além disso, a psicanálise foi introduzida na universidade brasileira, por meio de centros avançados de pesquisa psicanalítica, com cursos de mestrado e doutorado e também iniciou sua articulação com os demais campos do saber (BIRMAN,1996).

Diante dessa síntese, podemos conhecer melhor o movimento psicanalítico no país dos anos 60 aos anos 80, e das diferentes correntes dentro do mesmo que possivelmente serviram de inspiração aos autores responsáveis pela produção teórica que expressa a implementação da experiência de acompanhamento terapêutico no Brasil.

Passamos agora a discussão das políticas de saúde mental implantadas no Brasil a partir da segunda metade dos anos 70, das quais decorreram as sucessivas transformações que consolidaram a reforma psiquiátrica brasileira.

Conforme TENÓRIO (2002) na segunda metade da década de 70, em meio ao contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além do mais, ocorreram denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, violência e maus tratos a que os pacientes psiquiátricos eram submetidos.

Segundo AMARANTE (1994), o modelo privatizante era tão violento e ganancioso que desencadeou uma crise nos anos 80. Esta crise levou o Estado a adotar medidas que visaram reorganizar o setor público para assumir uma parcela da assistência pública até então delegada, predominantemente, aos serviços comprados. E nisto destacaram-se as tendências à descentralização, à municipalização das ações de saúde, à participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, além da definição de financiamento do setor público de saúde, como o Sistema Único de Saúde.

Conforme BEZERRA JÚNIOR (1996), a partir dos anos 80 começou a se consolidar no país uma percepção do papel das práticas e das instituições psiquiátricas muito diferenciadas até então e este processo denominou-se reforma psiquiátrica. Foram criados cursos de extensão e especialização voltados para o preparo dos profissionais para os desafios da mudança da situação asilar.

Segundo o mesmo autor, outra mudança importante foi o surgimento de uma reflexão sobre a prática clínica nos serviços públicos. Tais serviços se diferenciavam das clínicas privadas, já que os modelos que inspiravam estas práticas vinham de países onde a realidade sócio-cultural era muito distante da realidade brasileira e, então, pesquisas começaram a ser realizadas. Assim, na segunda metade da década já estavam instaladas relevantes propostas de reestruturação da assistência psiquiátrica.

AMARANTE (1995) destaca que em 1978 surgiu no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este se organizou num primeiro momento em críticas ao modelo psiquiátrico clássico, assim construíram um pensamento crítico de saúde mental com possibilidades de desinstitucionalização. TENÓRIO (2002) explica que o MTSM alcançou grande repercussão e liderou, nos anos seguintes, os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter antimanicomial.

Segundo DELGADO (2000), em janeiro de 1979 houve o Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde pela primeira vez técnicos de várias categorias e de diversos Estados do país discutiram o papel político que deveriam desempenhar para transformar a realidade assistencial.

TENÓRIO (2002, p.30) destaca que na década de 80 ocorreram três processos importantes para a consolidação das características da reforma psiquiátrica:

ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.

Conforme JORGE e FRANCA (2001), quase uma década depois do “Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica” já citado anteriormente, o Ministério da Previdência e Assistência Social aprovou em 1982 um “Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, que foi implantado de forma gradual e progressiva pelo Inamps e defendia uma assistência extra hospitalar, equipe multiprofissional, a inclusão de estratégia de atenção primária a saúde, redução de tempo de internação, promoção progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outras medidas.

TENÓRIO (2002) afirma que em 1987 houve dois eventos que marcaram o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: um encontro do MTSM e a I Conferência Nacional de Saúde e Saúde Mental

Em dezembro de 1987 no encontro do MTSM em Bauru, conforme AMARANTE (1994), surgiu uma nova estratégia, o movimento deixou de ser apenas técnico- científico e tornou-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” apontou para a necessidade de um envolvimento da sociedade na discussão da doença mental e seu tratamento. Assim, o mesmo autor explica que o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou ser a doença mental, já que não bastava destruir o manicômio, sendo necessário superá-lo.

Conforme TENÓRIO (2002), este encontro citado no parágrafo anterior mostrou a preocupação com a saúde que envolvia o profissional e o cliente, não apenas as instituições psiquiátricas, mas também os usuários e seus familiares. Estes deveriam ser os verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

TENÓRIO (2002) explica que a ação na cultura passou a ocupar um lugar estratégico denominado de Movimento da Luta Antimanicomial. Este tratou de chamar a sociedade para reconstruir sua relação com o doente mental e a participação dos usuários e de seus familiares nos encontros e conferências passou a ser uma característica marcante no processo. Com a finalidade de potencializar este processo, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Já na I Conferência Nacional de Saúde e Saúde Mental que ocorreu em 1987, segundo BRASIL (2002), constatou-se que o modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico era ineficaz e oneroso aos usuários e à sociedade e violava os direitos humanos fundamentais.

JORGE e FRANCA (2001) apontam que em 1989 dois acontecimentos marcaram a trajetória da reforma psiquiátrica. O primeiro foi a intervenção, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, um hospício privado que contava com mais de 500 internos; e o segundo foi o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado.

Segundo BEZERRA JÚNIOR (1996) e TENÓRIO (2002) o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, foi um acontecimento marcante, pois era um hospital privado muito marcado pelo modelo asilar e houve a desconstrução do universo manicomial e a criação de uma rede de cuidados e de relações com a sociedade, havendo a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

BEZERRA JÚNIOR (1996) descreve outras experiências inovadoras, entre elas, no Rio Grande do Sul, a Nossa Casa, em São Lourenço do Sul e a Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre. Em São Paulo, se destacou o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira no qual se questionou teoricamente as experiências psicóticas a partir de diversos referenciais, incluindo a psicanálise.

De acordo com AMARANTE (1994) o Projeto Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado era um conjunto de princípios que norteava o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no país, regulamentava os direitos do doente mental e previa a substituição progressiva do manicômio por novos dispositivos de tratamento e acolhimento.

TENÓRIO (2002, p.31) acrescenta que tal lei consistia em três artigos:

o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir um parecer sobre a legalidade da internação.

TENÓRIO (2002) afirma que na década de 90 amadureceram e consolidaram os processos que compõem o que atualmente é o cenário da reforma psiquiátrica brasileira e alguns pontos podem ser destacados: nova mentalidade no campo psiquiátrico, a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas e a existência de experiências renovadoras com resultados positivos, entre outras.

Segundo BRASIL (2002), em 1992, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, representando um avanço significativo com a implementação do Sistema Único de Saúde, contando com a participação de usuários e familiares. Além disso, houve um aprofundamento das críticas ao modelo hegemônico e, assim, formalizou-se um esboço de um novo modelo assistencial em termos de valores, conceitos e estruturas na rede de atenção.

Conforme TENÓRIO (2002) esta conferência foi um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira, pois houve uma intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental, e isso se confirma no fato de que 20% dos delegados presentes à conferência eram representantes dos usuários dos serviços e familiares.

Retomando sobre a questão da lei realizada por Paulo Delgado, TENÓRIO (2002) explica que depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades e em seu lugar, mais de dez anos depois, em janeiro de 2000, um substituto foi aprovado. Este foi de autoria de Sebastião Rocha e tinha um sentido ambíguo quanto ao papel e a regulamentação da internação e chegava a autorizar a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

O mesmo autor citado no parágrafo anterior assinala que na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos e a lei finalmente é aprovada - Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e foi considerada pelo movimento da reforma como uma lei progressista. Porém, é importante considerar que o Projeto de Lei original de 1989 produziu uma intensa discussão sobre o tema e sua popularização certamente impulsionou os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes.

Em 2001, segundo BRASIL (2002), ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o título “Cuidar, sim. Excluir, não”, afirmando a necessidade de uma ética no campo de atenção psiquiátrica e em saúde mental. Esta conferência reafirmou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir que as políticas de saúde mental sigam os princípios do Sistema Único de Saúde de atenção integral, acesso gratuito e universal, respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e que priorizem a construção de rede de atenção integral em saúde mental.

Conforme BRASIL (2002, p.23),

A implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade.

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação de rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Um dos exemplos de serviços substitutivos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial. Segundo BRASIL (s/d) ambos são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves entre outros quadros. Os objetivos desse serviço é oferecer atendimento à população realizando acompanhamento clínico e reinserção social para que os pacientes possam ter acesso ao trabalho, lazer, entre outros. As práticas se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto e acolhedor, oferecendo atividades terapêuticas como: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, orientação e acompanhamento de medicação, atendimento domiciliar e familiar.

Sobre a reforma psiquiátrica, AMARANTE (1995) coloca que não se fala em fechar hospitais psiquiátricos e abandonar os pacientes ou reduzir custos, já que a rede de novos serviços tende a requerer maior investimento técnico, social e financeiro. O que se fala é em desinstitucionalização, que significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, ou seja, é construir possibilidades concretas de sociabilidade.

Ao finalizar esta discussão, observamos que as transformações nas políticas de saúde mental, sobretudo as que ocorreram no início dos anos 70, favoreceram o surgimento de experiências alternativas ao modelo manicomial. Estas experiências foram fundamentais para que emergisse o acompanhamento terapêutico enquanto possibilidade de intervenção no tratamento das doenças mentais contribuindo para promover mudanças na concepção hegemônica de atenção psiquiátrica.

CAPÍTULO 3-
OS TEMAS EMERGENTES NA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Este capítulo tem o objetivo de apresentar a descrição e análise da produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico.

Os temas emergentes selecionados na literatura especializada foram: objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico; a quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico; o profissional que trabalha como acompanhante terapêutico; características e os modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico; e a fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico.

3.1- Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico

A análise da produção teórica sobre o acompanhamento terapêutico evidencia uma preocupação de estabelecer os contornos que delineiam esta atividade e que diferenciam-na das demais. Num primeiro momento, observamos nos textos analisados uma preocupação com o estabelecimento de funções e objetivos que dotam de especificidade o trabalho de acompanhamento terapêutico, diferenciando-o de outras práticas realizadas por outros membros da equipe. Foi através das experiências assistenciais que esta prática começou a se estruturar, mediante a ampliação das atribuições do atendente de enfermagem, então designado como atendente psiquiátrico ou auxiliar psiquiátrico.

REIS NETO (1995) descreve que a função do atendente era cuidar do paciente, ficar com o paciente dentro do hospital, o tempo inteiro, acompanhando-o nas atividades de higiene corporal, na terapia ocupacional, no esporte, saídas, cinema, enfim, em que o paciente fizesse, dia e noite.

REIS NETO (1995) destaca que, como comunidade terapêutica, o trabalho da Clínica Pinel promovia a participação ativa do paciente em seu próprio tratamento. Os próprios atendentes eram acostumados a dizer que o melhor profissional era aquele que passava a manhã sem fazer nada, porque se estivesse trabalhando muito, provavelmente era sinal que os pacientes estavam fazendo pouco. O atendente entrava em ação quando algum paciente não queria participar dos grupos, além disso, deveria realizar as atividades objetivas, como manter a posse da chave, dar a medicação, chamar para o grupo, entre outras atividades.

O mesmo autor descreve que outra função do atendente era estabelecer um vínculo com o paciente e manter relações sociais saudáveis de maneira que estes pudessem abandonar seus antigos padrões de interação com o meio. Porém, não havia uma preocupação em precisar qual era a natureza desse vínculo, que muitas vezes era associado ao termo afetivo e com pouco esforço para delimitá-lo.

REIS NETO (1995) destaca algumas vertentes de intervenção do trabalho dos atendentes psiquiátricos da Clínica Pinel. Havia momentos em que o atendente apenas acompanhava e ficava junto com o paciente no seu dia-a-dia. O vínculo era informal, mas sempre atencioso e receptivo por parte do atendente tentando estabelecer um contato intersubjetivo, estilo pelo qual duas pessoas interagem fora de um contexto de tratamento. Nos momentos de crise, quando o paciente explodia em confusão e agressividade ou se mantinha em atitude retraída e ensimesmada, o atendente era convocado a tentar, primeiramente, através de persuasão verbal e, em último caso através de contenção física, a fazer o paciente se enquadrar dentro das normas da clínica. Em outros momentos, o atendente oferecia escuta ao paciente quando este se dirigia a ele para falar sobre si próprio, de sua história, dos sofrimentos, delírios e os atendentes deveriam oferecer uma escuta diferenciada, acolhendo e incentivando esta iniciativa do paciente. Neste caso, não era esperado um trabalho terapêutico feito pelo atendente, este tinha uma atitude passiva em que deveria escutar, mas não interpretar.

Diferentemente da opinião de REIS NETO (1995) descrita acima, PICCININI (1962), ZIMERMAN (1960) e LÁPIS et al (1971) enfatizam a necessidade do atendente ter um vínculo informal com o paciente, acompanhando-o nos grupos pré-estabelecidos pela clínica, nos momentos livres e ainda, em saídas externas da clínica.

Sobre a função do auxiliar psiquiátrico, DAMETTO¹ (1972) define:

(...) teoricamente, é acompanhar o doente. É estar junto, verdadeiramente, em qualquer hora; é incentivá-lo a atividades construtivas, reprimi-lo em atividades destrutivas, ampará-lo na hora da angústia. É estar com o paciente “na dele” (...) não é fazer as

¹ DAMETTO, C. apud SERENO, D. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade. São Paulo, 1996 (Dissertação – Mestrado- USP)

coisas por ele, alimentando a dependência... mesmo que o auxiliar ache uma idéia maluca, desde que não traga perigos para o paciente, deve incentivá-lo e mesmo ajudar a executar a obra. Boa ou má, deve ser levada à ação: assim o doente aprenderá por sua experiência... O auxiliar, como qualquer técnico, estará aprendendo a toda hora com os doentes. São estes (e a nossa parte doente) que nos ensinam a tratar os doentes e não os Tratados de Psiquiatria. Estes até podem ajudar. Mas se ouvirmos os doentes, saberemos tratá-los melhor. Isso é uma das coisas que o auxiliar tem de saber fazer (Dametto apud SERENO, 1996, p.22).

REIS NETO (1995) descreve que este novo elemento da equipe técnica, o auxiliar psiquiátrico, teria a função de acompanhar o paciente no cotidiano da vida comunitária.

Segundo IBRAHIM (1991), a equipe de auxiliares-psiquiátricos dava assistência permanente, 24 horas por dia, às pessoas internadas. A idéia que fundamentava essa atividade é que uma pessoa psiquicamente enferma, passando por um sofrimento agudo, teria a necessidade de se restabelecer com uma atenção intensiva, personalizada, tecnicamente preparada, exercida coletivamente por uma equipe. Além dos cuidados físicos e o controle da medicação, era necessária uma relação afetiva interpessoal. Assim, o auxiliar desenvolvia uma complexa atividade que se propunha a oferecer mais do que a tradicional função do tripé: proteção-vigilância-contenção que caracterizava as instituições clássicas.

REIS NETO (1995) destaca que as funções deste auxiliar psiquiátrico são as mesmas encontradas na prática do atendente psiquiátrico na Clínica Pinel: conviver com os pacientes em uma atitude informal, participando das atividades dentro e fora da clínica.

A ação do atendente tinha como ideal uma relação de simetria com os pacientes, em que tudo era decidido através do diálogo e das deliberações do grupo como um todo. Porém, quando o paciente não queria participar de alguma atividade ou se enquadrar dentro das regras da clínica, ficava impossível a simetria de papéis e o auxiliar deveria operar para que o grupo pudesse continuar se auto-regulando, pois entendiam que tratar era também fazer o paciente se confrontar com a noção de que para viver em comunidade é preciso adaptar-se à certas regras.

Para REIS NETO (1995), a função do atendente psiquiátrico era distinta da função do enfermeiro. Na Clínica Pinel, porém, não havia enfermeiros e o atendente acabava cumprindo algumas tarefas do enfermeiro, mas não se resumia a esta. O autor justifica as razões desta função que não foi atribuída à enfermagem psiquiátrica. Com base em duas suposições. Primeiro, porque os enfermeiros estavam fortemente associados a uma função médica e, especificamente, a atribuição do enfermeiro psiquiátrico era medicar, cuidar de eventuais problemas clínicos do paciente, também conter e vigiar. Estas últimas condutas eram fortemente marcadas pelos procedimentos de um manicômio e em nenhum momento era dele requerido o estabelecimento de um vínculo afetivo com o paciente - uma das principais funções do atendente. O autor também justifica o fato no despreparo da enfermagem psiquiátrica da época.

Também, para ZIMERMAN (1960), não era possível contar com o enfermeiro de formação clássica que se dedicava mais à função de custódia e à aplicação de cuidados higiênico-dietético-medicamentosos. A solução foi preparar outras pessoas com um treinamento especializado que, então, resultou na formação do atendente psiquiátrico.

Ressaltamos que LÁPIS et al. (1971) eram alunos de enfermagem e atendentes psiquiátricos. Eles descreveram que um enfermeiro tinha uma série de conhecimentos e habilidades que no hospital psiquiátrico tinha pouco aproveitamento. A formação dos enfermeiros era mais voltada para os aspectos de horário, rotinas, limpeza e muitos deles sentiam que conversar ou jogar com um paciente não assumia características de trabalho, além de haver pouco interesse pela enfermagem psiquiátrica na época.

Julgamos importante fazer algumas considerações sobre a participação do enfermeiro psiquiátrico na década de 60 e 70, a fim de compreender a inserção de uma nova figura na equipe.

KIRSCHBAUM (1997) destaca que as práticas em enfermagem assumidas no modelo assistencial asilar - como a realização do cuidado direto aos doentes mentais, a aplicação de uma prática pedagógica com a finalidade de levar o doente a aprender uma conduta adaptativa, além do papel de vigilância dos internos - contribuíram para a manutenção do espaço asilar.

Deste modo, o papel dos profissionais de enfermagem da década de 60 e 70 não iria contribuir para a adoção do novo modelo de assistencial ao doente mental, proposto pelas comunidades terapêuticas da época, e, conseqüentemente houve a necessidade da formação de novos profissionais.

Notamos que efetivamente existia, conforme se depreende da produção científica, uma preocupação com a delimitação dos contornos que distinguiam as atividades realizadas pelo atendente psiquiátrico, o auxiliar psiquiátrico, das que eram realizadas pelos outros membros da equipe. Assim, o que marcava esta função e o que dava sentido era o acompanhamento das atividades cotidianas externas ao espaço físico da instituição.

Apresentamos a posição de outros autores analisados referente aos objetivos e funções do amigo qualificado e do acompanhamento terapêutico.

Sobre a função do amigo qualificado, segundo BARRETTO (1998), esta função só foi utilizada em 1981. Nesta época, a tarefa desse agente era basicamente estar junto do paciente nos momentos em que este não estava nas atividades do hospital-dia. Alguns pacientes, e/ou respectivas famílias, necessitavam de um apoio em horários em que a instituição não funcionava, principalmente, no final de semana.

PETRI (1997) coloca que:

no acompanhamento terapêutico temos como uma função apresentar o mundo para alguém que está, por algum motivo, impossibilitado de manter esse contato por conta própria (...) Colocamo-nos à disposição, ali ao lado do acompanhado, dispomo-nos a percorrer esse caminho. Dito de outra maneira, fazemos um convite para uma aventura, e como toda boa aventura os riscos são inerentes (PETRI, 1997, p.128).

CARVALHO (2002) descreve que as funções do acompanhante terapêutico seriam: viabilizar ao paciente novas formas de estar no mundo e inclusão social. Estes efeitos são complementares, sendo que a inclusão social envolve elementos mais concretos e, por vezes, decorrem do anterior.

EGGERS (1985) relata que as funções do acompanhante terapêutico incluem:

- Estar próximo do paciente. Diminuir o sentimento de solidão.
- Auxiliar o paciente a planejar, organizar o pensamento.
- Ajudar a estruturar hábitos. Reorganizar condutas de forma mais adaptativa.
- Auxílio em decisões. Assumir responsabilidades pelo paciente.
- Estimular capacidades latentes.
- Ajudar o *working through*.
- Agir como superego. Examinar com o paciente os seus limites.
- Operar a alta progressiva na hospitalização.
- Atuar como ponto de contato entre o paciente e a família.
- Manter o vínculo terapêutico quando o paciente troca de terapeuta.
- Executar com o paciente um programa de atividades físicas e recreativas.

(EGGERS, 1985, p.8)

BARBOSA² (s/d) destacam que este profissional deve seguir a quatro propósitos: educar o paciente; treinar habilidades sociais; experimentar estratégias de resolução de problemas para a realização de tarefas diárias; e ampliar o repertório de condutas e pensamentos.

Diante dessa exposição, constatamos que as funções e os objetivos do acompanhamento terapêutico se diferem das do atendente psiquiátrico e auxiliar psiquiátrico, já que estes agentes trabalhavam nas instituições e acompanhavam os pacientes em todas as suas atividades, internas ou externas da clínica. Diferentemente, as funções tanto do amigo qualificado como do acompanhante terapêutico são de acompanhar

² <http://www.cemp.com.br/artigos.asp3id=67>

os pacientes em momentos mais pontuais, podendo ser até em atividades internas de uma clínica, porém há uma predominância nas atividades em lugares externos e apenas alguns acompanhantes têm vínculo empregatício com uma instituição.

Também verificamos que todos os autores analisados enfatizam que a função e o objetivo do acompanhamento terapêutico são marcados pelo que eles designam por aspectos sociais, ou seja, que o acompanhante possa circular com o acompanhado em diversos lugares e contextos. As divergências entre os autores aparecem no modo de realizar estas funções para atingir os objetivos do trabalho de acompanhamento terapêutico.

Os autores analisados formulam tentativas de definição para o trabalho de acompanhamento terapêutico não se baseando apenas em funções e objetivos deste agente.

PORTO e SERENO (1991) descrevem que o acompanhamento terapêutico

é prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um “guia” que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura dentro de um contexto histórico (PORTO e SERENO, 1991, p.30-31).

Outra definição de acompanhamento terapêutico foi desenvolvida por EGGERS (1985). Ele coloca que definir o acompanhante terapêutico é uma tarefa difícil face à diversidade de aspectos que envolvem tal papel, o acompanhante não existe por si só, ele se caracteriza pela equipe terapêutica:

o acompanhante terapêutico como um profissional de saúde mental que só existe dentro da equipe terapêutica, com um papel complementar ao do psicoterapeuta, agindo fora do *setting* no tratamento de pacientes críticos e com uma função específica de ensinar a operar no marco social (EGGERS, 1985, p.7).

FRAGUAS e BERLINCK (2001, p. 1) definem que:

acompanhamento terapêutico é uma prática originalmente pensada como recurso auxiliar no tratamento de pacientes psicóticos, com o objetivo de inserção destes pacientes no universo social. Constitui

um tratamento indicado para períodos pós-crise, com uma proposta de sair às ruas com o paciente, ao invés de mantê-lo o tempo todo restrito ao espaço dos manicômios. O acompanhante terapêutico seria o mediador e um elemento facilitador neste processo de reinserção social (FRAGUAS e BERLINCK, 2001, p. 1).

LOUZÃ et al. (1999) descrevem que as principais abordagens psicossociais no tratamento da esquizofrenia são: psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientação familiar, abordagem psicossocial em instituições, grupos de auto-ajuda, pensões protegidas e oficinas de trabalho protegidas. Em relação ao acompanhante terapêutico, explicitam:

é um profissional de saúde mental que vai ajudar o portador a recuperar habilidades perdidas, acompanhando-o em seu dia-a-dia. O acompanhante vai à casa da pessoa, sai com ela, vai ao shopping, o ajuda a voltar a dirigir etc. É uma atividade corpo a corpo em que as inadequações são denunciadas até vivenciando, em conjunto, situações de constrangimento e vergonha. Tem a finalidade de ajudar o portador a voltar a locomover-se pela cidade, estar inteirado dos preços, buscar o lazer. O acompanhante terapêutico ajuda a pavimentar o caminho para a volta à realidade. Em circunstâncias especiais, a atuação do acompanhante terapêutico pode prestar-se, em fases críticas, como uma alternativa viável a eventuais internações (LOUZÃ et al., 1999, p.35).

Segundo BARRETTO (1997b)

o acompanhamento terapêutico é um procedimento clínico que busca potencializar essa dimensão simbólica do cotidiano de um sujeito, auxiliando-o a recuperar ou estabelecer aspectos, objetos, ações que o constituam e que o ajudem a se inscrever de uma forma simbólica na realidade compartilhada (BARRETTO, 1997b, p. 263).

CARVALHO³ (2002) distingue algumas expressões que os acompanhantes terapêuticos utilizam para definir sua prática: “Cotidiano”, esta palavra poderia ser escolhida para definir o acompanhamento terapêutico, já que marca o poder de lançar mão do que acontece no dia-a-dia do paciente como elemento do tratamento é fundamental; “Circulação”, concreta pelos espaços físicos e simbólica pelos espaços sociais e pelos afetos dessa clínica; “Reabilitação Psicossocial”, o acompanhamento terapêutico tem a característica de trazer de volta ao convívio da sociedade pessoas que se encontravam segregadas e neste ponto há uma confluência entre o acompanhamento terapêutico e a reabilitação psicossocial; “Assistência Psicológica”, noção de que este trabalho está contido no âmbito da assistência psicológica; “Definição do profissional”, é comum nas discussões uma certa mistura da definição do dispositivo clínico e do profissional; “Acompanhante terapêutico como uma ponte entre o paciente e o mundo externo” esta idéia aparece na literatura e tem encontrado muitos ecos.

CAMARGO (1991) escreve que os acompanhantes terapêuticos são agentes de saúde na vida cotidiana:

O trabalho do acompanhante consiste em estar com o cliente em diferentes situações e contextos para, como um ego auxiliar, ajudá-lo a receber, identificar e responder aos vários estímulos que se lhe apresentam, num clima de segurança e incentivo para abertura a novas vivências. Proceder como um ego auxiliar significa funcionar como ponte entre mundo interno e mundo externo e vice-versa; o acompanhante terapêutico é, portanto, um intérprete ativo, diretamente operacional, pois atua no mundo real, concreto e cotidiano do cliente; o acompanhante terapêutico é também um ego auxiliar na medida em que exerce um papel de investigador social, pois está no *locus* do cliente funcionando este *locus* como um contexto terapêutico ampliado (CAMARGO, 1991, p.52).

³ O objetivo do estudo de CARVALHO (2002) era caracterizar o acompanhamento terapêutico enquanto modalidade de tratamento a partir do ponto de vista dos acompanhantes terapêuticos. Estes foram convidados a responder o questionário “Acompanhamento Terapêutico. Que clínica é essa?” elaborado pela autora durante o 3º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos e 1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos. Este encontro ocorreu nos dias 4, 5 e 6 de maio de 2001, na cidade de São Paulo.

Segundo BARBOSA⁴ (s/d), o acompanhamento terapêutico é um tipo de atendimento diferenciado, realizado por profissionais da área de saúde e voltado para aquele paciente que, a partir de uma avaliação psicodiagnóstica, demanda um trabalho mais intensivo de acompanhamento em situações externas. Tal acompanhamento deverá auxiliá-lo em suas dificuldades de interação social; assim, o profissional atua diretamente na relação do paciente com seu ambiente, a partir da análise funcional de comportamento.

De acordo com BARBOSA e ALVES⁵ (s/d), o acompanhamento terapêutico é uma técnica complementar e que funciona como uma espécie de ponte entre o indivíduo (com suas ansiedades, medos e inseguranças) e o ambiente externo. Ou seja, é um trabalho de psicoterapia estendido às situações que são negativas para o paciente.

A análise da produção científica sobre o acompanhamento terapêutico produzido pelos autores cujas publicações abordam a realização desta prática a partir dos anos 80 mostra que estes estão implicados em formular uma discussão que transcende a tentativa de estabelecer tão somente os objetivos ou a função que cabe aos profissionais envolvidos na realização desta intervenção. O que marca a discussão deste tema na literatura analisada são as iniciativas voltadas à construção de definições acerca do que é o acompanhamento terapêutico. Nesta elaboração, fica claro o esforço investido também na tentativa de articular tal definição através de seu embasamento numa determinada corrente teórica e/ou clínica que, como mostraremos, pode ser tanto a psicanálise, como a psicologia cognitivo-comportamental, entre outras.

3.2- A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico

De acordo com o que se pode depreender da produção científica estudada, a clientela a quem se dirigia as atividades de acompanhamento terapêutico era composta por psicóticos adultos desde as primeiras experiências iniciadas nos anos 60, sendo expandida para crianças e adolescentes e outras condições de saúde incapacitantes nos anos 80. No entanto, se no início tais práticas eram voltadas para o atendimento de pessoas em regime de internação psiquiátrica, com o decorrer do tempo passou a ser indicado para o período pós-internação e até, muitas vezes, para se evitar uma internação.

⁴ <http://www.cemp.com.br/artigos.asp3id=67>.

⁵ <http://www.cemp.com.br/artigos.asp3id=67>.

O atendente psiquiátrico foi uma experiência que ocorreu na Clínica Pinel, sendo assim, era destinado aos pacientes que estavam em tratamento nesta clínica. Conforme já descrito, segundo PICCININI (1962), a Clínica Pinel era de natureza privada, atendia uma população composta em sua maioria por psicóticos adultos. Os poucos pacientes com cobertura previdenciária eram funcionários da Caixa Federal e do ex- Instituto Aposentadoria e Pensões do Comércio (IAPC).

O auxiliar psiquiátrico foi uma prática que ocorreu na Clínica Villa Pinheiros. Esta era uma clínica privada e tinha um valor muito alto e por isso atendia apenas parte da população com alto poder aquisitivo. Os pacientes da clínica eram diagnosticados como psicóticos e podiam estar internados ou em regime de hospital-dia. (REIS NETO, 1995)

Já a experiência do amigo qualificado ocorreu no Brasil no Instituto A CASA em São Paulo e, conforme já citado anteriormente, este oferece atendimento especializado a psicóticos e neuróticos graves. Também é uma instituição privada e abrange alguns convênios médicos.

MAUER e RESNIZKY (1987) relacionam a estratégia clínica do acompanhamento terapêutico com os pacientes psicóticos e divide as possíveis intervenções para os pacientes com os seguintes diagnósticos: esquizofrenia, psicopatia, depressão, risco de suicídio e adictos.

Sendo assim, podemos afirmar que não foi um trabalho apenas para psicóticos, mas também para neuróticos graves. Para diagnosticá-los, foram utilizadas as classificações existentes mais conhecidas e reconhecidas no meio médico, que são: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde 10ª Revisão (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV). Estes classificam separadamente transtornos de psicose, transtornos de humor (depressão), transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (adictos) e transtornos específicos de personalidade (psicopatia).

O mesmo acontece com a equipe do hospital-dia A CASA, quando CARROZZO (1991) descreve que todos os profissionais atendiam pacientes psicóticos. Porém, nos relatos descritos no primeiro livro publicado por esta equipe, o trabalho de acompanhamento terapêutico era voltado para psicóticos, neuróticos graves e deficientes mentais.

Segundo BARRETTO (1997b), o acompanhamento terapêutico vem sendo utilizado cada vez mais com pacientes que têm o processo de desenvolvimento psíquico comprometido e/ou paralisado. O reflexo disso torna-se evidente na dificuldade ou impossibilidade que o sujeito encontra para cuidar de aspectos básicos de sua vida. Assim, não é apenas em casos de pacientes psicóticos, mas também vem sendo utilizado, de forma eficaz, no trabalho com crianças e adolescentes que precisam de alguma ajuda terapêutica, mas se recusam a um trabalho no consultório.

SERENO (1996) descreve que a demanda para acompanhamento terapêutico ao longo dos anos tem incluído uma diversidade de casos: toxicomania, paciente com comprometimento orgânico, portadores de deficiências físicas e mentais, pacientes pré e/ou pós-cirúrgicos e idosos.

Carrozzo, na entrevista realizada por CARVALHO (2002), afirma que a potência terapêutica que representa o oferecimento feito pelo acompanhante terapêutico a um paciente é quase ilimitada. Da mesma forma, são vários os tipos de sofrimento nos quais o paciente pode receber importante ajuda desse profissional no seu processo terapêutico. Além dos pacientes psicóticos e neuróticos graves, o mais comuns são as crianças com autismo ou Síndrome de Down e também podem se beneficiar os idosos, os deprimidos, os idosos deprimidos, os drogaditos, pessoas que sofreram limitações graves físicas decorrentes de acidente vascular cerebral ou desastres, ou mesmo que perderam a mobilidade. Assim, podemos afirmar, embasados na literatura especializada, que rapidamente, o acompanhamento terapêutico deixou de dirigir-se apenas aos psicóticos para abranger vários outros quadros.

Em uma outra visão, EGGERS (1985) acredita que as indicações para um trabalho de acompanhamento terapêutico não são feitas pelo diagnóstico do paciente mas com base em dois critérios. Inicialmente, dirigiu-se a pacientes críticos que demonstram baixo grau de tratabilidade, pacientes que além da interpretação, necessitam de um auxílio ativo em suas atividades, pacientes que apresentam um baixo grau de sociabilidade por comprometimento orgânico ou emocional, e pacientes que necessitam de contenção que não seja hospitalar. O segundo critério é da necessidade de efetuar uma ligação mais ampla e contínua entre o terapeuta e a família - iniciar um vínculo com o paciente nos casos em que a família procura o terapeuta para fazer o contrato de trabalho e que o paciente reluta em se tratar e para criar um ambiente mais protegido na própria casa do paciente, procurando encurtar o período de hospitalização ou até evitá-la completamente.

Já em uma visão distinta de EGGERS (1985), BARBOSA e ALVES (s/d) colocam que o acompanhamento terapêutico se destina a pacientes que apresentam graves comprometimentos de sua interação social com os seguintes diagnósticos nosográficos: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos fóbicos e transtorno de pânico. COSTA (1997) destaca que nas primeiras entrevistas o terapeuta deverá escolher uma técnica de intervenção adequada para o tratamento, considerando principalmente o diagnóstico do paciente e também deverá identificar as características do cliente que podem facilitar ou interferir no método do tratamento.

Deste modo, verificamos na produção científica referente ao tema a quem se destina o acompanhamento terapêutico, que o trabalho do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado voltou-se exclusivamente para pacientes que estavam em tratamento em clínicas privadas onde esta prática acontecia. Já o acompanhamento terapêutico vem se consolidando e sendo indicado para pacientes pós-crise que não estão em tratamento sob regime de internação e em instituições públicas e privadas.

Os autores analisados destacam que o acompanhamento terapêutico foi uma prática voltada para pacientes psicóticos e rapidamente abrangeu outros pacientes. Alguns autores descrevem ter havido uma preocupação central nos benefícios que o

acompanhamento terapêutico proporcionaria aos pacientes, independente do diagnóstico médico. Diferentemente, outros autores baseiam suas indicações ao tratamento em diagnósticos nosográficos, conforme o CID-10 ou o DSM-IV, já que é a partir destes que eles encaminham as intervenções.

3.3- Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico

No que diz respeito ao perfil do profissional, a produção científica do acompanhamento terapêutico mostra que as características do profissional que o assumia foram mudando em cada período, principalmente no que se refere a sua formação. Enquanto nas experiências do atendente psiquiátrico e do auxiliar psiquiátrico não era bem definida a formação necessária para desempenhar tal tarefa, a partir da experiência do acompanhante terapêutico estas condições foram sendo mais delimitadas.

A este respeito, REIS NETO (1995) coloca que alguns eram estudantes de medicina que na época e cumpriam a parte prática de sua formação profissional e outros eram leigos, ou seja, sem formação médica ou psicanalítica. Deste modo, havia uma indefinição contratual entre o atendente e a clínica, podendo ser um estágio ou um emprego. Inicialmente, para os atendentes leigos era apenas um emprego.

Ainda segundo REIS NETO (1995), o atendente psiquiátrico era um agente que não possuía um estatuto teórico e/ou profissional definido e assim, não eram claras as qualificações exigidas pelas pessoas que se candidatavam a esta função. Por outro lado, o perfil dos atendentes parecia não depender tanto de conhecimentos acadêmicos ou teóricos mas de sua disponibilidade em conviver de forma informal com os pacientes dentro de uma comunidade terapêutica.

LÁPIS et al. (1971) destacam que as características pessoais eram mais valorizadas para a seleção dos atendentes do que qualquer formação teórica e entre as mais importantes constavam o exercício constante de auto-exame, tolerância com as próprias dificuldades no convívio com os pacientes e a abertura ao diálogo com os pacientes. As dificuldades encontradas pelos atendentes no convívio com os pacientes eram discutidas na supervisão.

ZIMERMAN (1960), quando médico estagiário da Clínica Pinel, descreve que havia quinze atendentes, em sua maioria estudantes e vestibulandos de Medicina, para um total de quinze internados e quinze semi-internados. A seleção dos candidatos era feita por entrevistas seguida de um estágio experimental, no qual ensinavam aos candidatos a atendentes - que vinham com idéias erradas e preconcebidas acerca o doente mental e seu tratamento, gerando medo ao lidar com estes pacientes - que o doente mental é um ser humano apto à recuperação, além de ensinar sobre a diferença entre asilo e hospital.

Para este ensino era fundamental que houvesse boa comunicação entre a equipe médica e a de atendentes que era buscada por meio de contatos informais e três reuniões semanais entre o psiquiatra e os atendentes. Os atendentes efetuavam também um curso de dez aulas sobre Psiquiatria Dinâmica e, invariavelmente, a primeira hora do dia era ocupada pela equipe médica com uma reunião dedicada à leitura e apreciação e registros que os atendentes diziam o que viram, sentiram e observaram nos pacientes.

REIS NETO (1995) destaca que para a formação dos atendentes eram realizadas supervisões semanais, porém a linha de trabalho era mais operativa, pois não enfatizava o conhecimento clínico que os atendentes pudessem vir a adquirir acerca do quadro psíquico dos pacientes e se surgissem algumas situações mais delicadas deveriam preferencialmente ser trabalhadas na análise pessoal de cada atendente psiquiátrico.

REIS NETO (1995) também aponta contradições em relação à necessidade de formação do atendente. Alguns relatos colocaram que os atendentes não eram obrigados a se tratar ou fazer análise, ou mesmo o contrário, os melhores atendentes eram aqueles que não tinham formação nem curso teórico. Já em outros relatos, alguns atendentes colocaram a importância do tratamento pessoal para suportar o difícil contato com os pacientes e também identificavam a necessidade de uma orientação teórica de base psicanalítica, que embasava as reuniões de supervisão.

Podemos pontuar que em relação ao perfil do atendente psiquiátrico, todos os autores analisados descrevem que eram pessoas leigas ou estudantes da área de saúde mental. Porém, no que diz respeito aos pré-requisitos exigidos dos atendentes, há contradições. ZIMERMAN (1960) aponta mais a necessidade do atendente ter

conhecimentos psicodinâmicos para melhor cumprir sua função, enquanto REIS NETO (1995) e LÁPIS et al. (1971) colocam que as características da personalidade eram mais importantes do que qualquer conhecimento teórico.

Em relação ao auxiliar psiquiátrico, REIS NETO (1995) indica que a maioria era estudante de Psicologia interessados na área clínica, assim estes já tinham uma compreensão da doença mental. Admitidos como estagiários, contando com uma ajuda de custo e perspectiva de serem efetivados como auxiliares. A clínica exigia que os candidatos já estivessem em análise e avaliavam a capacidade emocional da pessoa, pois os diretores acreditavam que o auxiliar tinha que ter uma estrutura emocional bem equilibrada para poder realizar seu trabalho.

REIS NETO (1995) citando o relato da responsável na seleção e admissão de auxiliares psiquiátricos durante os cinco anos que trabalhou na clínica, indica que o critério fundamental para a seleção era a estrutura de personalidade muito mais que qualquer saber acadêmico-científico.

Segundo SELDIN et al. (1971) e REIS NETO (1995), era necessário preparar o auxiliar, uma vez que a maioria trazia idéias preconceituosas do doente mental que prejudicavam o estabelecimento de um conviver espontâneo. Sendo assim, a formação do auxiliar psiquiátrico visava atingir três objetivos principais: integração da equipe, pois a experiência mostrava que isso ajudava a integrar o paciente; melhoria da relação funcionário-paciente, já que qualquer um pode ser um agente terapêutico, então, procurava-se desenvolver uma compreensão de si mesmo, de seus medos pessoais, angústias o que possibilitava a compreensão de que o paciente deveria ser encarado como uma pessoa e sua hospitalização deveria ter calor humano e amor para o paciente pudesse aprender algo positivo sobre relações humanas; ensino de conhecimentos básicos de psiquiatria dinâmica. Para alcançar este último objetivo eram feitas reuniões semanais com uma hora de duração em grupos pequenos (máximo de vinte) e heterogêneos, as aulas desenvolviam-se em reuniões de grupo com o objetivo de integração do grupo com professores e também entre os membros do grupo, criando um clima de livre comunicação a partir do qual o próprio grupo participava do momento de dar aula.

Não encontramos dados sobre o perfil do amigo qualificado na literatura consultada. O que podemos considerar é que eram profissionais que trabalhavam no Instituto A CASA e tinham influência da teoria psicanalítica na compreensão clínica dos casos atendidos.

Para discutirmos o perfil do acompanhante terapêutico nos embasamos principalmente em um estudo recente realizado por CARVALHO (2002), uma vez que trata-se de um tema pouco explorado na produção científica consultada.

CARVALHO (2002) descreve que os acompanhantes terapêuticos são predominantemente do estado de São Paulo, mais especificamente, da cidade de São Paulo.

Podemos afirmar que através da literatura especializada, a maioria das publicações também são de profissionais da região Sudeste do Brasil.

Conforme CARVALHO (2002), houve uma predominância de mulheres e no que diz respeito à formação a maioria era formada por psicólogos, o segundo grupo mais numeroso foi o de estudantes e o terceiro era composto por terapeutas ocupacionais.

Também podemos afirmar, através dos trabalhos científicos analisados, que a maioria dos autores são do sexo feminino com formação em Psicologia.

Quanto ao tempo que exercem a atividade de acompanhamento terapêutico, CARVALHO (2002) encontrou que a maioria apresentava pelo menos 3 anos de experiência, fato que pode ser considerado um indício de profissionalização do acompanhamento terapêutico.

Estes dados citados não são possíveis de verificar através da produção científica referente ao acompanhamento terapêutico.

CARVALHO (2002) descreve que a maioria dos acompanhantes terapêuticos faz parte de uma equipe de acompanhantes. No entanto, o número de pessoas trabalhando em caráter independente é considerável, pois alguns acompanhantes se constituem enquanto equipe de acordo com a necessidade de atendimento a um caso específico e quando o acompanhamento ao paciente é encerrado, os acompanhantes voltam a atuar separadamente.

Estes dados citados no parágrafo anterior também não se apresentam em nenhum dos trabalhos analisados.

Em relação à linha teórica de embasamento do acompanhante terapêutico, CARVALHO (2002) descreve que a maioria dos participantes afirmou que o trabalho como acompanhante terapêutico tomava como base teórica a psicanálise.

Na literatura especializada, a maioria dos textos analisados apontam a teoria psicanalítica como embasamento para a compreensão e intervenção do caso.

Segundo a pesquisa de CARVALHO (2002), a maioria dos participantes declarou ter cursado ou estar cursando pós-graduação e, para a autora, tal dado sugere que o acompanhamento terapêutico tem atraído profissionais que buscam investir na própria formação.

Quanto ao tempo de formado na graduação, CARVALHO (2002) encontrou uma distribuição equilibrada entre recém-formados e profissionais com longo tempo de formação e acredita que a medida que o campo do acompanhamento terapêutico for se consolidando, a participação de estudantes deve diminuir. Naturalmente, a atuação dos estudantes de final de curso tende a continuar no âmbito de estágios supervisionados ou de prática supervisionada em cursos de formação.

Se por um lado pesa a favor dos estudantes a tradição e a história das origens do acompanhamento terapêutico, a própria evolução do campo faz crer que é necessária uma formação bastante consistente para o exercício do acompanhamento terapêutico. Assim sendo, é preciso rever os requisitos mínimos necessários ao exercício do acompanhamento terapêutico. (CARVALHO, 2002, p.58)

Sobre a formação do acompanhante terapêutico, encontramos na literatura especializada mais discussões sobre o assunto.

Segundo EGGERS (1985) a escolha do acompanhante terapêutico deve ser considerados dois aspectos: qualidades individuais e o grau de instrução. Assim, recomenda algumas características fundamentais:

- Ser uma pessoa com forte vocação pelos problemas que se relacionam com a saúde mental;
- Ter capacidade de trabalhar em equipe;
- Poder adaptar-se às condições mais inéditas e inesperadas;
- Ter um bom controle de ansiedade;
- Ter capacidade de tolerância às frustrações;
- Possuir a capacidade de dissociar-se no processo terapêutico e poder colocar-se como observador participante.

(EGGERS, 1985, p.7)

Ainda sobre a mesma questão, MAUER e RESNIZKY (1987) indicam independentemente do sexo, o acompanhante deve apresentar alto grau de compromisso e interesse em trabalhar em equipe.

MAUER e RESNIZKY (1987) consideram que existe um paradoxo entre os fracos requisitos para a seleção de acompanhantes terapêuticas e a especificidade do trabalho dirige-se a pacientes graves, com tolerância mínima à frustração e junto aos quais não se pode falhar. Além do mais, é a constância do vínculo que vai possibilitar um intercâmbio maduro entre acompanhante e acompanhado e, portanto, ressaltam a importância de realizar entrevistas exaustivas de admissão com os acompanhantes para avaliar se estão ou não em condições de exercer seu trabalho de forma estável e adequada.

Segundo as mesmas autoras, é necessário que o acompanhante terapêutico tenha supervisão e participe das reuniões de equipe. A supervisão - como um tipo especial de processo de aprendizagem que é baseado no estudo do material que descreve a interação entre um paciente e quem o assiste - costuma estar a cargo de acompanhantes terapêuticos com mais experiência. Já as reuniões de equipe voltam-se ao planejamento de estratégias para o paciente.

CAIAFFA (1991), sobre a formação profissional do acompanhante terapêutico, coloca que independente de falar qual é a profissão, considera fundamental fazer análise pessoal, ter um grupo de referência no qual possa estar teorizando e possuir, a priori, algumas teorias.

MARAZINA (1991), psicanalista e analista institucional, considera fundamental que o acompanhante terapêutico saiba sobre a instituição da doença mental, que possa recolocar historicamente essa prática e fazer cruzamentos com um entendimento psicanalítico.

BARRETTO (1996), psicólogo com orientação psicanalítica winnocottiana e acompanhante terapêutico, ressalta que muitos acompanhantes freqüentemente se questionam sobre a seriedade deste trabalho. Coloca como fundamental para tais formulações que o acompanhante tenha uma análise pessoal e as supervisões. Considera que não existe fronteira ou oposição entre em trabalho em consultório e o trabalho de acompanhamento terapêutico. O que acha relevante num primeiro momento é o teor depreciativo dos comentários que, muitas vezes, os acompanhantes terapêuticos se deparam como: “o acompanhante terapêutico é uma babá de psicóticos ou parece mais um enfermeiro de luxo” o que gera ainda mais confusão e angústia. Ou seja, para que tanta qualificação (análise pessoal, supervisão, formação teórica) para uma tarefa que pode ser exercida por uma babá ou um enfermeiro (atividades menos qualificadas)?

Assim BARRETTO (1996) ressalta que, muitas vezes, um acompanhante realmente faz coisas com seu acompanhado que se assemelham, nível do comportamento pelo menos, àquilo que um enfermeiro e uma babá fazem. Mas a diferença entre as atividades exercidas pelo acompanhado, mesmo que coincidam com aquelas de um enfermeiro ou de uma babá, está no fato de que para o acompanhante existe uma função ao se fazer uma determinada tarefa, ou seja, o acompanhante tem em vista o desenvolvimento psíquico da pessoa acompanhada, pelo menos do ponto de vista winnicottiano.

Frente a tais comentários de Barretto, consideramos relevante discutir sua posição sobre o papel da enfermagem e depois retomaremos à discussão sobre a formação.

ROCHA et al. (1996) descreve que a evolução dos conceitos sobre doença mental e seu tratamento não se mostrou suficiente para que a Enfermagem Psiquiátrica deixasse de ser associada ao controle, vigilância e repressão. Atualmente, o técnico e o auxiliar de enfermagem não podem mais ser encarregados apenas das tarefas de exercer vigilância e prestar cuidados físicos ao paciente psiquiátrico, devem atuar como elemento terapêutico no tratamento. Para tanto, precisam ter papel ativo na equipe de saúde e participar das reuniões e discussões de casos uma vez que são eles que permanecem continuamente junto ao usuário dos serviços de saúde mental.

ROCHA et al. (1996) esclarecem que, com o início das comunidades terapêuticas, o papel da enfermagem mudou significativamente, tendo que se aproximar tanto do médico como dos demais profissionais, como dos outros profissionais que passaram a compor a equipe: assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentre outros. Ao assumir um relacionamento terapêutico com o paciente, participar de reuniões de equipe, fazer registros nos prontuários, a enfermagem tornou-se mais participante, mais valorizada e, embora sendo experiências isoladas que não tiveram continuidade, marcaram profundamente aqueles que delas participaram.

Sobre o papel da enfermagem na Saúde Mental, ROCHA et al. (1996) destacam que a assistência de enfermagem inclui as atividades de higiene, alimentação, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, recreação e cuidados quanto a riscos, dentre outros. Todas estas atividades não são importantes por si só, mas são oportunidades de desenvolver relacionamentos com o paciente, estimular o auto-cuidado, ajudar o usuário a desenvolver suas capacidades e a lidar de forma mais adequada com suas dificuldades.

Diante dessas considerações sobre a enfermagem, podemos afirmar que a concepção de que o trabalho de enfermagem reduz ao fornecimento de medicação e contenção do paciente é errôneo diante das atuais propostas de assistência ao doente mental. Os enfermeiros vêm se apropriando do conhecimento, reformulando a concepção de doente mental, consolidando uma nova atuação com os pacientes e conquistando posição diferente dentro da equipe de trabalho.

Retomando a discussão sobre a formação do acompanhante terapêutico, como os autores apresentados afirmam se embasar na teoria psicanalítica, julgamos necessário discutir sobre a formação de um psicanalista.

Na literatura especializada, os autores destacam a necessidade de uma formação específica, supervisão e análise pessoal o que, a princípio, é muito próximo ao que Freud propôs para a formação de um psicanalista.

FREUD (1926), sobre a formação do analista, ressalta que mesmo depois de todos os estudos sobre a técnica, haveria um domínio apropriado do assunto que só poderia ser adquirido pela experiência clínica e não apenas por leituras. FREUD (1912) aponta que todas as regras se destinam a criar para o médico uma contrapartida à regra fundamental da psicanálise proposta para o paciente, que é a associação livre. O analista deve fazer uso de tudo o que lhe é dito para interpretar e identificar o material inconsciente oculto, sem usar da própria censura, já que o paciente já o fez. Ou seja, o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente que determinou as associações livres do paciente. Como fica claro nesta citação:

Só que para isso acontecer o analista deve ter passado por uma purificação psicanalítica, ou seja, o processo de análise, pois só assim ficará ciente de seus complexos que podem interferir na compreensão de seu paciente. “O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado.” (FREUD, 1912, p.157)

Portanto, podemos concluir que para ser atendente psiquiátrico ou auxiliar psiquiátrico não era necessário ter formação na área “psi”, embora esta situação tenha sido gradualmente alterada. Ressaltamos que nas instituições em que eram realizadas as práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado, os profissionais se embasavam na teoria psicanalítica.

Sintetizando achados acerca do perfil do acompanhante terapêutico, verificamos que a maioria trabalha de forma autônoma, diferentemente das primeiras experiências nas quais os profissionais eram contratados por uma instituição. Outras características encontradas na maioria foram: as publicações são de profissionais da região Sudeste; os autores tem formação em Psicologia e a os textos analisados apontam a teoria psicanalítica como embasamento para a compreensão e intervenção no caso. Sobre a formação do acompanhante, apenas os autores da teoria psicanalítica escreveram sobre este tema. Entre eles há um consenso da necessidade de uma formação específica que inclui supervisão e análise pessoal, o que, a princípio, é muito próximo da formação requerida ao psicanalista.

3.4- Características e os modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico

A partir da análise da literatura produzida pelos autores para elucidar de que modo as práticas desenvolvidas pelo acompanhante terapêutico foram se conformando, podemos apreender características diversificadas que marcaram a forma de implementação das mesmas não só em diferentes períodos históricos, mas também sob distintas perspectivas terapêuticas que as fundamentaram.

Conforme ZIMERMAN (1960), o atendente psiquiátrico era um dos componentes mais importantes da equipe terapêutica, pois estava ligado diretamente ao paciente. Deveria ser diferente do enfermeiro tradicional porque não se restringiria aos cuidados higiênico-dietético-medicamentoso do paciente, deveria ir além disso. Era preciso conviver com o paciente, estimulando-o a participar de diversas atividades. O doente mental encontrava no atendente psiquiátrico alguém que lhe servia de companhia, que o vigiava e lhe dava conselhos.

Todos os autores analisados reforçam a idéia de que o atendente psiquiátrico tinha um trabalho voltado para a rua.

Sobre as características do trabalho do auxiliar psiquiátrico, REIS NETO (1995) destaca que voltava-se às atividades externas a clínica. Após o fechamento da Villa Pinheiros, os auxiliares passaram a ser profissionais autônomos, contratados pelas famílias dos pacientes para acompanhá-lo em suas atividades.

Não encontramos na literatura especializada nenhum dado sobre as características do agente amigo qualificado.

De acordo com ARAUJO (1999), independente da abordagem teórica, existe algumas características comuns na realização do acompanhamento terapêutico, sendo elas: o *setting* terapêutico ampliado, o diálogo com a família, a sua indicação para pacientes graves, o contato próximo do paciente e o vivenciar experiências em seu dia-a-dia.

PORTO e SERENO (1991) destacaram quatro elementos constitutivos do acompanhamento terapêutico. O primeiro é o acolhimento à organização particular do paciente, considerando sua maneira singular, procurando dentro dessa organização seus recursos e capacidade criativa, mais do que transformá-la ou normatizá-la. Em seguida, a influência das ruas, valorizando dos lugares onde haja maior possibilidade de expressão e conexão do sujeito com a realidade social, ampliando sua circulação pelo espaço urbano. Também indicou a influência das ações, pois há um investimento colocado em fazer uma saída, um passeio e em realizar uma atividade no social onde o paciente possa se engajar enquanto sujeito atuante. Finalmente, a construção de história, possibilitando ao paciente recompor sua história, seja através de seu percurso pelo espaço urbano, seja pela história dessa relação acompanhante-acompanhado, no esforço de se criar marcas que escapem da mesmice proposta pelo psicótico.

Segundo o entendimento de CARVALHO (2002), as características que dão contorno à clínica do acompanhamento terapêutico são: é uma clínica que acontece no cotidiano, já que o atendimento se dá em locais e circunstâncias que fazem parte do dia-a-dia do paciente; o *setting* é bastante variável, assim o horário, local, duração das sessões são flexíveis, sendo comum o acompanhante presenciar situações em família; o número de horas junto ao paciente costuma ser bem maior do que nas psicoterapias; e o acompanhante terapêutico, em geral, faz parte de uma equipe.

Consideramos relevante discutir três características citadas por esses autores acima: *setting* ampliado, o diálogo com a família e o trabalho em equipe.

- *Setting*

Tanto na produção teórica sobre o atendente e o auxiliar como na do acompanhamento terapêutico há ênfase na importância deste trabalho feito na rua que permite um bom andamento do caso.

PORTO E SERENO (1991) comentam que a influência das ruas da cidade no acompanhamento terapêutico facilita o deslocamento do sujeito pelo espaço urbano, já que quanto mais se conhece lugares, mais aumenta a capacidade de circulação do sujeito, sem que para isso tenha que alterar sua estrutura psíquica.

Podemos aproveitar a lógica psicótica, onde não há pontos exatamente fixos em torno dos quais se organiza o sujeito, e, com isso, pensar que estamos tratando a psicose, quando deixamos marcadas as curtas saídas, marcas pontuais, leves e fortuitas, pontos de apoio para sua estrutura psíquica, propiciando ao mesmo tempo uma maneira singular e, porque não, inédita, de articulação no social. (PORTO E SERENO, 1991, p.27).

Segundo os mesmos autores além das influências que a rua traz neste trabalho, há também o investimento nas saídas com o paciente. As atividades que conectam o sujeito ao circuito social vão sendo feitas em saídas, passeios pela cidade, preferencialmente, fora dos lugares conhecidos do paciente, onde são pequenas suas chances de concretizar articulações como sujeito atuante.

CAIAFFA (1991), psicanalista e acompanhante terapêutica, diz que o fio condutor que caracteriza o trabalho de acompanhamento terapêutico é de uma intervenção feita na rua e o que o torna singular frente a outros modos de intervenção é o privilégio do social, elemento constitutivo do acompanhamento terapêutico.

Segundo BARRETTO (1997b), o acompanhamento terapêutico se caracteriza por se dar fora dos espaços tradicionais de tratamento como consultório e instituições. O acompanhante e acompanhado compartilham experiências na casa do paciente, na rua, no parque e cinema, abrindo o campo de intervenção junto com o paciente. Assim, pela compreensão da história psíquica do paciente, de sua família, além da história da relação acompanhante-acompanhado, pode-se manejar a transferência e as inúmeras situações vividas de tal forma que elas possam (re)colocar o sujeito no processo de simbolização.

Apresentamos algumas considerações sobre a importância do *setting* para algumas vertentes da teoria psicanalítica. O *setting* foi traduzido para o português como enquadre e tem uma função bastante ativa e determinante na evolução da análise.

ZIMERMAN (1999) o conceitua como:

a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. Assim, ele resulta de uma conjunção de regras, atitudes e combinações, tanto as contidas no contrato terapêutico como também aquelas que vão se definindo durante a evolução da análise, como os dias e horários das sessões, os honorários com a respectiva modalidade de pagamento, o plano de férias (ZIMERMAN, 1999, p.301).

ZIMERMAN (1999) valoriza a preservação máxima do *setting* e essa recomendação vale também para os pacientes psicóticos. O autor descreve que as funções do *setting* são, entre outras: estabelecer o aporte da realidade exterior com suas privações e frustrações; ajudar a definir a predominância do princípio da realidade sobre o do prazer; prover a delimitação entre o “eu” e “não-eu”; auxiliar na capacidade de diferenciação, separação e individuação; reconhecer e saber lidar com as inevitáveis frustrações impostas pelo *setting*.

Ainda, segundo o mesmo autor, o *setting*, por si mesmo, funciona como um importante fator terapêutico psicanalítico, criando um espaço que possibilita ao analisando trazer os seus aspectos infantis no vínculo transferencial. Porém, há uma possibilidade do psicanalista poder ser afastar parcialmente das recomendações técnicas preconizadas pela psicanálise freudiana e, assim, introduzir alguns outros aspectos desde que não haja interferências na evolução normal de uma análise, lembrando que parâmetro é todo elemento cuja variação de valor altera a solução de um problema sem alterar sua natureza essencial.

Há três conceituações no *setting* que devem ser rigorosamente cumpridas: simetria, sendo necessário uma hierarquia que diferencie analista e analisando; similaridade, que deve ficar claro que na situação analítica que não há uma similaridade entre o paciente e o terapeuta, isto é, eles não são iguais naquilo que diz respeito aos

valores, crenças, formas de pensar, trabalhar, resolver problemas, entre outros; e isomorfia, que deve ocorrer de forma análoga com os cuidados maternos originais, porém durante um período transitório, o analista não deve assumir o lugar e o papel de mãe, como mãe substituta, mas deve tomar emprestado algumas funções de maternagem. (ZIMERMAN, 1999).

Há um consenso entre os autores analisados de que o acompanhante terapêutico, ao formular o contrato, já deverá combinar que ele e o acompanhado estarão em diversos lugares. Deve-se estabelecer horários, mesmo sabendo que estes poderão ser flexíveis, mas que será combinado antecipadamente por ambos. Mesmo sabendo que no acompanhamento terapêutico todas as combinações pré-estabelecidas são mais flexíveis, devem haver regras para que não haja uma exagerada permissividade. Neste sentido, caberá ao acompanhante um aparato teórico para avaliar cada situação com cada paciente para alterar ou manter algum aspecto do *setting*.

Também há consenso entre os autores analisados, em respeito a preservação da hierarquia de papéis no vínculo acompanhante e acompanhado. Sobre a similaridade, todos os autores analisados consideram ser este um aspecto essencial, já que o acompanhante é diferente de seu acompanhado e não deve colocar seus valores e suas regras para as ações que ocorrem durante o trabalho.

- Diálogo com a família

Não há na produção científica identificadas referências ao trabalho com a família do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado, apenas há menção que estes eram os agentes que acompanhavam o paciente em suas casas, embora haja consenso entre todos os autores analisados de que no acompanhamento terapêutico seja fundamental trabalhar com a família do paciente, mesmo que muitas vezes o profissional encontre muitas dificuldades.

MAUER e RESNIZKY (1987), sobre a relação entre o acompanhante terapêutico e a família do paciente, descrevem que geralmente a família aceita com alívio a presença do acompanhante terapêutico, já que está impossibilitada de conter o paciente.

Entretanto, à medida que o processo terapêutico vai se desenvolvendo, a família frequentemente começa a resistir ao tratamento e, conseqüentemente, à presença do acompanhante. Uma das formas de manifestação de resistência é a propensão a fazer do paciente o depositário único dos conflitos familiares. Assim como a presença do acompanhante terapêutico pode assumir conotações positivas, também pode adquirir a conotação de intromissão quando a família sente-se examinada, invadida ou espionada no seu ambiente natural e, assim produzir diferentes reações defensivas, como explicam Mauer e Resnizky:

A tarefa do acompanhante com a família do paciente é árdua. Por um lado, terá que ganhar a confiança, colocando-se como uma figura capaz de entender seus hábitos e códigos. Somente assim poderá ser aceito na convivência cotidiana. Por outro lado, terá que deixar bem estabelecida sua integração à equipe terapêutica e sua identificação profunda com as regras de trabalho que esta implementa. Não há outra forma de evitar mal-entendidos ou pactos de qualquer espécie que prejudiquem o bom funcionamento do tratamento. (MAUER e RESNIZKY ,1987, p.87)

Sendo assim, para MAUER e RESNIZKY (1987) é necessário que o acompanhante tolere e assimile as reações de descrédito, indiferença ou agressividade da família, desse modo, a relação do acompanhante com a família constitui-se um desafio.

Segundo CARVALHO (2002), o acompanhante terapêutico tem muito a compreender acerca de sua influência no meio familiar e, além de acompanhar o paciente, por vezes, também acompanha a família. Quando o profissional é convocado a dar assistência a uma pessoa específica, é importante que estabeleça trocas com os demais membros da família e que encontre um ponto de equilíbrio entre essa aproximação e não invasão à privacidade do paciente.

Na literatura consultada, os autores apontam dois referenciais teóricos que embasam o trabalho com os familiares do acompanhado: a teoria sistêmica e a teoria psicanalítica. Apresentamos, primeiramente, a concepção da teoria sistêmica e, logo após, algumas considerações sobre a terapia familiar psicanalítica, a fim de melhor compreender o trabalho com família no acompanhamento terapêutico.

Conforme ELKAIM (1998) e RAPIZO (1998), a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração. Os sistemas são totalidades interligadas, todo e qualquer organismo é uma totalidade integrada e, portanto, um sistema vivo. Embora possamos discernir suas partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes. Um outro aspecto importante reconhecido a partir do estudo dos sistemas é sua natureza intrinsecamente dinâmica, suas formas não são estruturas rígidas, mas manifestações flexíveis, embora estáveis, de processos subjacentes.

Portanto, o foco da teoria sistêmica está nas relações e a proposta terapêutica é trabalhar com todos os membros da família. Uma vez que se entende a família como um sistema em interação, em que cada um dos seus membros tem responsabilidades e funções a desempenhar, criando assim um jogo de interdependência e interrelação, seria, então, contraditório pensar que somente um membro está “doente” (ELKAIM, 1998); RAPIZO (1998).

Segundo GRANDESSO (2000), os pontos básicos da terapia sistêmica incluem visão de mundo holística e/ou ecológica, na qual o universo é uma rede de interrelações, em constante mudança, da qual o homem é parte integrante. Nada é definitivo, tudo é relativo e como não há uma tentativa de ver a hipótese como verdadeira ou falsa, o que interessa é que ela possa ser útil no sentido de conduzir a novas informações que levem o sistema à mudança. Há sempre vários ângulos, várias possibilidades.

Conforme GRANDESSO (2000), todo e qualquer sistema comporta-se como um todo coeso e, dessa forma, uma mudança em uma parte do sistema provoca mudança em todas as outras partes e no sistema como um todo. O terapeuta deve compartilhar experiências de sua própria vida com o objetivo de desmistificar o processo e reduzir a distância profissional quando perceber que isso é importante para o cliente no momento. A idéia central é ver o doente, o membro sintomático, como um representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar. Desta forma, a responsabilidade do terapeuta é uma busca constante da responsabilização pelo seu processo e estar em simetria não ingênua. O terapeuta está ali para ajudar na solução do problema, mas isso não o coloca na posição de *expert* do problema do outro, deve haver um respeito ético pela autonomia do cliente e questionamento freqüente sobre seu próprio pensar terapêutico na aventura interminável do auto-conhecimento (GRANDESSO, 2000).

Apresentamos algumas considerações sobre as terapias de base psicanalítica.

Segundo MELMAN (2002), a psicanálise exerceu uma influência expressiva no processo de formulação de novos conceitos que envolvem a participação da família no fenômeno do adoecimento mental. Freud em nenhum momento de sua obra se dirigiu para o atendimento de familiares. Assim, as intervenções familiares de abordagem psicanalítica compreenderam um longo processo, que envolveu muitos autores em busca de aplicar e adaptar os conceitos básicos da psicanálise à nova situação terapêutica.

Este é um campo bastante heterogêneo e, na verdade, existem muitas escolas de terapia familiar de abordagem psicanalítica com diferenças entre si:

em linhas gerais, as intervenções psicanalíticas privilegiam a resolução de conflitos interpessoais a partir da elucidação das motivações inconscientes dos membros da família. A presença do terapeuta é dirigida à elucidação do significado inconsciente do funcionamento do grupo parental, examinado sua natureza, suas origens e o papel que desempenha na manutenção de um certo nível de estabilidade da estrutura. (MELMAN, 2002, p.63).

MELMAN (2002) descreve que no final da década de 50, Pichon-Rivière incluiu a família na compreensão de doença mental. Acreditava que o paciente é um emergente de um grupo familiar doente, assumindo a função de depositário e porta voz da patologia de toda a família. Para muitos terapeutas familiares, os membros de uma família estão conscientemente de acordo em ajudar a superar os sintomas incômodos da pessoa doente, porém, muitas vezes, esse movimento esconde um desejo inconsciente de não modificar o equilíbrio familiar, mesmo que insatisfatório.

DIAS (1990) esclarece que a psicoterapia familiar de base psicanalítica não se relaciona com orientação psicanalítica, ou orientação pessoal, de casal ou de pais, pois certamente o apelo pedagógico fracassa diante das dificuldades em torno das quais se estruturaram as personalidades dos cônjuges. De nada adianta dizer a uma mãe que deixe de bater em seu filho se não se desvelam as motivações inconscientes que a impulsionam, pois seria como dizer a um paraplégico que andasse sem a cadeira de rodas. Deste modo, a compreensão intelectual do problema não o resolve por si só, é necessária a análise das motivações inconscientes, com o auxílio do terapeuta, para que esses problemas possam ser elaborados.

Podemos concluir diante dessas exposições que a conduta do acompanhante terapêutico com a família de seu acompanhado vai depender da linha teórica em que se embasa.

- Trabalho em equipe

Os atendentes e os auxiliares psiquiátricos faziam parte de uma equipe contratados pela instituição. Os autores destacam que era importante a reunião de equipe. Quem direcionava o tratamento, assim como a postura do atendente ou auxiliar, era o psiquiatra.

Há um consenso na produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico sobre a importância do trabalho em equipe. Apresentamos alguns pontos de vista dos autores analisados e, em seguida, faremos uma discussão sobre o trabalho em equipe.

De acordo com MAUER e RESNIZKY (1987), o trabalho de acompanhamento terapêutico não pode cumprir-se de forma isolada. Este está sempre inscrito no seio de uma equipe. É a pertinência a ela, a identificação com o esquema referencial e as pautas de trabalho que dela emanam que permitirão perfilar seu papel com clareza. A comunicação intra-equipe deve ser conhecida pelo paciente e sua família. Também a formulação de um contrato claro de trabalho evita mal-entendidos e favorece a discriminação. Para as autoras:

O acompanhante terapêutico deve ser capaz de dissociar-se para poder, por um lado, relacionar-se com o paciente e, por outro, manter um distanciamento crítico que lhe permita observar e avaliar a interação. Por isso, é imprescindível que, em certo sentido, possa descentrar-se de suas necessidades propriamente subjetivas e tornar-se útil como um promotor de tarefas, como alguém capaz de contar, acolher, acompanhar e pensar com o paciente. (MAUER e RESNIZKY, 1987, p.38)

Segundo CARVALHO (2002), o trabalho em equipe tem sido uma marca do acompanhamento terapêutico, sendo considerado indispensável ao sucesso desse trabalho.

As controvérsias existentes entre os autores analisados referem-se à existência ou não de uma hierarquia entre o trabalho do acompanhante terapêutico e dos demais profissionais da equipe. Mauer e Resnizky enfatizam a necessidade de os acompanhantes cumprirem determinadas funções pré-estabelecidas pela equipe no tratamento de um determinado paciente. Porém, os relatos de experiências mais recentes indicam, muitas vezes, que o próprio acompanhante terapêutico decide suas intervenções, embora compartilhe as informações com os demais membros da equipe.

Consideramos que esta questão de hierarquia dentro da equipe pode estar relacionada à própria organização da equipe, ou seja, ao fazer parte de uma instituição o acompanhante pode ter menos autonomia. A prática do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do acompanhante terapêutico relatadas por Mauer e Resnizky são experiências que destacam que este agente deve cumprir algumas atividades pré-estabelecidas pela equipe.

Em relação ao trabalho em equipe e identidade do profissional de saúde mental, BEZERRA JÚNIOR (1995) acredita que é preciso uma diluição da importância das competências específicas nesse campo e redução da hierarquia entre os membros da equipe. Caso contrário, vai haver uma equipe multidisciplinar em que cada um tem um papel bem delimitado e não vai haver trocas de informações entre os profissionais.

Podemos concluir que para se realizar um trabalho em equipe, não se deve priorizar apenas a questão da hierarquia e sim que cada profissional, com suas especificidades, possa dialogar com o outro, uma vez que a troca de informação só irá enriquecer a conduta do profissional. Os autores analisados acreditam que, na medida que os acompanhantes terapêuticos questionem e teorizem sua prática, conquistarão uma posição diferenciada na equipe, diferenciando-se daqueles que apenas recebem informações e direcionamentos sobre o que deve ser feito.

Finalizando este item, verificamos que a característica principal das atividades realizadas pelo atendente psiquiátrico e pelo auxiliar psiquiátrico era de ser trabalho realizado externo à instituição. Já a característica principal do acompanhamento terapêutico ressaltada pelos autores analisados é o estabelecimento de *settings* flexíveis, em contraposição ao que a literatura especializada em psicanálise e clínica das psicoses propõe, conforme ZIMERMAN (1999).

O que também caracteriza o modo de implementar o acompanhamento terapêutico desde suas origens, segundo a produção analisada, é o enfoque centrado no auxílio ao paciente para a realização das atividades cotidianas as quais não consegue executar sem auxílio ou estímulo de outrem.

Outra questão a qual os autores dão relevância em suas publicações é a importância da relação estabelecida com a família e os limites ou os cuidados que devem ser tomados no manejo de sua participação de forma a não comprometer o sucesso da intervenção do acompanhante terapêutico.

Por último, o modo de organizar o trabalho em equipe e a posição do acompanhante terapêutico nesta é um tema posto em relevância na produção destes autores.

Além de se debruçarem na discussão das características que distinguem seu trabalho das demais atividades desenvolvidas por outros membros de um equipe de saúde mental, os autores buscam também aprofundar a discussão sobre em que consiste esta prática a luz da discussão do modo de realizar esta intervenção junto aos seus clientes orientado por uma perspectiva clínica.

Conforme já mencionado a concepção de doença mental dos profissionais da Clínica Pinel era semelhante ao da Villa Pinheiros e, conseqüentemente, a prática do atendente psiquiátrico era similar a do auxiliar psiquiátrico.

DAMETTO e GALANTERNICK (1971) descrevem que os profissionais da Clínica Pinel e da Villa Pinheiros foram influenciados pela teoria freudiana e acreditavam que todos os indivíduos apresentavam basicamente os mesmos impulsos. O que varia, então era a intensidade desses impulsos e a qualidade das defesas usadas. Assim, todas as pessoas apresentam maior ou menor grau de dissociação do seu ego. Consideravam que o doente mental é uma pessoa dissociada em partes doentes e sadias que atingiu um nível mais extenso e profundo desta dissociação e utiliza defesas cada vez mais regressivas que possibilitava o surgimento dos sintomas. Sendo assim, no tratamento ao doente mental era preciso valorizar e estimular a parte sadia do ego.

O paciente, vendo-se aceito com sua doença e valorizada sua parte sadia, sente-se estimulado a confiar no terapeuta e progride, abandonando seus sintomas, restando suas ligações com o mundo externo rompidas no surto psicótico (aumento do grau de dissociação do ego). No hospital o paciente aventura-se a fazer coisas semelhantes às que fazia lá fora, sabendo que, se fracassar, será entendido e estimulado a tentar novamente (DAMETTO e GALANTERNICK, 1971, p.90).

Para melhor compreensão da concepção de doente mental e da prática esperada do atendente psiquiátrico na Clínica Pinel, LÁPIS et al. (1971) relataram uma situação em que uma paciente hiperativa trazia vários baldes de água para limpar uma sala. Houve duas tentativas de diálogo com ela. Na primeira, a paciente foi tratada como uma doente mental que não sabia o que estava fazendo. O profissional tentou fazê-la parar dizendo que ela ia molhar tudo e que, depois, seria preciso secar. A paciente não parou o que estava fazendo e se colocou no papel de doente. Na segunda tentativa, o profissional aproveitou o aspecto sadio na atitude da paciente, dizendo que a sala precisava mesmo de limpeza mas que havia água em demasia, assim, a paciente parou de jogar água e limpou a sala.

Sobre o modo de realizar a prática dos auxiliares psiquiátricos, REIS NETO (1995) aponta que a admissão de estudantes da área da Psicologia para esta tarefa e isso influenciou a prática dos auxiliares. Estes auxiliares já tinham uma compreensão da doença mental e queriam se aprimorar na área clínica, assim, concediam muita atenção às falas dos pacientes e às possibilidades de intervenções.

Esta situação ficou mais explícita, quando o trabalho dos auxiliares passa a ser autônomo após o fechamento da clínica. REIS NETO (1995) destaca que esse processo permitiu duas perspectivas diferente de leitura: a dos médicos e a dos próprios auxiliares psiquiátricos.

Conforme REIS NETO (1995), na perspectiva médica esperava-se que o auxiliar tivesse uma atuação pragmática, no sentido de tornar possível a convivência entre paciente e família e o meio social. A intervenção do auxiliar deveria ser dentro de uma orientação pragmática, objetiva e até mesmo comportamental e pedagógica, porém, isso não correspondia as expectativas dos auxiliares.

Sobre esta nova situação do auxiliar estar autônomo, REIS NETO (1995) e IBRAHIM (1991) colocam que os auxiliares perderam um respaldo institucional, a contenção dos muros, garantia de uma certa segurança. Porém, sendo um profissional autônomo, o auxiliar passou, cada vez mais, a entrar no cotidiano do paciente, vendo suas dificuldades, conhecendo seus valores e penetrando em seu universo familiar e isso representou uma mudança por parte do auxiliar. Conseqüentemente, questões e discussões se desenvolveram para que tal atividade fosse consolidada e transformada.

Na medida em que os auxiliares passam a ser psicólogos, a maioria em processo de formação psicanalítica, esta situação começou a se modificar e houve a reivindicação dos auxiliares pela denominação de acompanhante terapêutico, conforme em REIS NETO (1995) e IBRAHIM (1991).

Não encontramos autores que descrevem o modo de realizar a intervenção do amigo qualificado.

Na literatura especializada referente ao acompanhamento terapêutico, existe uma prevalência da idéia de que o acompanhamento terapêutico é uma ponte na relação do paciente com o mundo. (SERENO, 1996), (ARAUJO, 1999) e (CAMARGO, 2002).

Sobre esta idéia de “ponte”, MAUER E RESNIZKY (1987) consideram que:

O abordar ao psicótico com o intento de servir-lhe de ponte para o mundo do qual se desconectou já implica uma concepção diferente da enfermidade mental. Acercamo-nos para compreender e traduzir com a idéia não de enclausurar, mas de reunir e liberar. Para isso, é necessário criar um espaço intermediário, um lugar transitório de aprendizagem, um meio ambiente terapêutico que permita descobrir o significado e a intencionalidade dos sintomas. Estes deixarão de ser vistos como peculiaridades temíveis ou repudiáveis para passar a constituir, antes de tudo, um código que deverá ser revelado. Trata-se de que o paciente, imerso na obscuridade da linguagem incompartilhável do delírio, encontre a esperança de um diálogo MAUER e RESNIZKY (1987, p.31) .

Em uma outra visão, SERENO (1996) coloca que:

pensando numa lógica psicótica diferente de uma lógica neurótica, pode-se dizer que o acompanhante faz essa ponte no sentido mais simples de ponte, que liga e articula dois territórios, dois espaços diferentes, mas não no sentido de ego auxiliar ou modelo de identificação. As diferentes organizações, neuróticas e psicóticas, definem diferentes realidades e o objetivo do acompanhamento terapêutico, mais do que trazer o paciente de volta à realidade, no sentido de adaptá-lo a uma linha de produção neurótica, pretende ser a articulação entre essas duas realidades - se confundir sendo - mesmo sabendo que não é. Ou então podendo habitá-la. Ou ainda, o acompanhamento terapêutico se realiza nessa ponte, ela seria o *setting* do acompanhamento terapêutico: uma ponte que pode estar no Parque do Ibirapuera, dentro de um shopping, na tela do cinema... As diferentes organizações – neuróticas e psicóticas – que se traduzam por diferentes relações com a linguagem, definem diferentes realidades. O objetivo do acompanhamento terapêutico, mais do que trazer o paciente de volta à realidade, no sentido de adaptá-lo a uma linha de produção neurótica, pretende ser a articulação entre essas duas realidades. Diria que um dos maiores prazeres para o acompanhante é embarcar num projeto ou idéia maluca do paciente: quanto mais produtivamente louca for, melhor! É nesse momento que aparece grande parte da potência criativa do paciente e do delírio, o qual se envolve por inteiro, está engajado na sua realização e é quando o acompanhante mais exerce sua função: opina, mas não determina, mergulha pra ver no que dá (SERENO, 1996, p. 48).

Antes de apresentarmos as discussões feitas pelos próprios acompanhantes terapêuticos, consideramos relevante apontar que, embora ambas as autoras adotem a teoria psicanalítica para fundamentar seus trabalhos, partem de escolas psicanalíticas diferentes.

Mauer e Resnizky descrevem que se embasam nas teorias de Freud, Melanie Klein, Bion e Bleger, e descrevem a preocupação de criar um espaço de aprendizagem para o psicótico, o que também é similar na concepção dos profissionais da Clínica Pinel e Villa Pinheiros. Enquanto Sereno enfatiza que o psicótico tem uma estrutura diferente do neurótico e o tratamento tem que ser diferenciado e se embasa na teoria de Lacan.

De acordo com ZIMERMAN (1999) existem diferentes escolas⁶ de psicanálise ligadas de algum modo aos postulados metapsicológicos, teóricos e técnicos da teoria freudiana, porém com profundas transformações, quer com acréscimos, reformulações ou refutações.

Podemos deduzir que esta concepção de doença mental que os autores analisados descrevem a prática do atendente, do auxiliar e das argentinas Mauer e Resnizky, se baseava na Psicologia do Ego.

Segundo ZIMERMAN (1999) os principais teóricos da Psicologia do Ego foram Hartmann que, juntamente com outros psicanalistas europeus como Ernst Kris, Loewenstein, David Rappaport e Erik Erikson perseguidos pelo nazismo na época da Segunda Guerra Mundial, migraram para os Estados Unidos e fundaram esta escola.

Conforme GABBARD (1999) tais teóricos deram maior ênfase ao funcionamento e desenvolvimento do ego em detrimento as perspectivas sociais e culturais. Assim, fizeram modificações significativas na teoria do desenvolvimento do ego formulada por Freud. Enquanto para Freud o bebê não possui um ego, este surge na modificação do id provocada pelas demandas do mundo externo, substituindo gradualmente o princípio de prazer pelo princípio de realidade, para Hartmann o ego é independente dos impulsos instintivos e possui funções autônomas primárias como a percepção, a motilidade, a memória e inteligência, todas presentes desde o nascimento e determinadas por fatores genéticos.

Desse modo, os psicólogos do ego identificaram algumas funções básicas do ego como: relação com a realidade, quando o ego tem a capacidade de usar os próprios recursos para desenvolver respostas eficazes em determinadas circunstâncias; relações com o objeto, que é a capacidade de estabelecer relacionamento mutuamente satisfatórios a partir das interações iniciais com os pais e outras figuras significativas, além da capacidade de integrar aspectos positivos e negativos dos outros e de si mesmo. (GABBARD, 1999)

⁶ Usaremos o termo “escola” para designar as diferentes correntes de pensamento da teoria psicanalítica. Ressaltamos que nem todos os autores que se dedicam a escrever sobre este tema usam este termo, porém nos baseamos em ZIMERMAN (1999). Este autor descreve quatro condições para se caracterizar como uma “escola psicanalítica”: ter conceitos originais, ter aplicabilidade na prática psicanalítica clínica, ter conceitos que atravessaram gerações de psicanalistas; e que inspirem novas contribuições. Destaca sete escolas de psicanálise: Escola Freudiana, Teóricos das Relações de Objetos, Psicologia do Ego, Psicologia do Self; Escola Lacaniana; Escola de Winnicott; Escola de Bion.

Assim, podemos concluir que os autores, ao acreditarem que o doente mental sofre de uma desintegração do ego, ainda que transitória, enfatizam as intervenções contando com as funções do ego que lhe permitiriam realizar respostas adequadas no convívio social e estabelecer relações interpessoais satisfatórias.

Também devemos pontuar que esta ênfase na questão de adaptação ao meio ambiente, é o foco principal da Psicologia⁷ cognitivo-comportamental e do Behaviorismo. Segundo COSTA (1997), a psicologia cognitiva-comportamental considera o homem como um organismo complexo em contínua interação com seu ambiente e os comportamentos e emoções dependem do estado fisiológico, de uma história do comportamento, das contingências e de uma variedade de processos cognitivos. RANGÉ (1998) explica que, algumas vezes, o ambiente muda diretamente o organismo por meio de estímulos específicos e afirma que um comportamento é modificado ou mantido por suas conseqüências e, assim, é possível, através de intervenções, efetuar-se uma mudança de comportamento, visando uma melhor adaptação ao meio social.

BIRMAN e COSTA (1994) descrevem que, nas primeiras tentativas de confronto com o modelo asilar, houve uma modificação na proposta de tratamento, mesmo este sendo ainda dentro de um espaço hospitalar. Assim, o espaço hospitalar foi transformado em um lugar para um aprendizado, onde o paciente seria recuperado para a vida social e familiar, ou seja, as mudanças tinham o sentido de uma pedagogia normativa, com uma essência da prática curativa.

As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.
(BIRMAN e COSTA, 1994, p.50)

⁷ Neste trabalho para análise discussão dos dados referente aos diferentes sistemas de Psicologia nos baseamos principalmente em HEIDBREder (1981) e DAVIDOFF (1983). Tais autores destacam cinco sistemas como os principais para a criação da Psicologia Moderna: Estruturalismo; Funcionalismo; Behaviorista; Psicologia da Gestalt; Teoria Psicanalítica. Atualmente, os autores destacam quatro visões da Psicologia: o ponto de vista psicanalítico, o neobehaviorista; o cognitivo e o humanista.

Neste contexto, alguns conceitos da psicanálise foram transformados para atender esta demanda e confundida com a Psicologia Behaviorista. Desta forma, a teoria psicanalítica foi usada como um instrumento adaptativo e pedagógico com a finalidade de reeducação dos pacientes para o convívio social (BIRMAN e COSTA, 1994).

ZIMERMAN (1999) descreve as dissidências da psicanálise freudiana e afirma que a própria filha de Freud, Anna Freud, enalteceu as funções do ego e dessa forma, ela pode ser considerada como formadora de discípulos psicanalistas que mais tarde viriam a fundar a escola Psicologia do Ego, cujas intervenções tinham aspectos reeducativos e de apoio aos pacientes.

O trabalho de Sereno (1996) se embasa na teoria lacaniana. ZIMERMAN (1999) explica que Lacan, revoltado com o crescimento norte-americana escola da Psicologia do Ego, alegou que esta estaria deturpando o verdadeiro espírito da psicanálise e decidiu dirigir seus estudos psicanalíticos a partir de um “retorno a Freud”.

Conforme FREIRE (1998), a obra de Lacan representa um avanço teórico e clínico, já que possibilita uma clínica psicanalítica da psicose. O que norteia a teoria lacaniana para fundamentar a psicose é o conceito freudiano da *verwerfung* (termo em alemão que significa rejeição) que ele usou para explicar o mecanismo da psicose, da mesma forma que utilizava *verleugnung* (termo em alemão que significa a repressão ou o recalque) que designa o mecanismo que é utilizado em todas as manifestações neuróticas.

FREIRE (1998b) esclarece que em Freud o termo *verwerfung* (rejeição) descreve à questão da castração: rejeita a diferença anatômica entre os sexos, a diferença entre o ego e o id, diferença entre o interno e o externo, em resumo, aplica-se à rejeição para qualquer tipo de diferença. Lacan dará uma especificidade ao termo *verwerfung*, traduzindo-o para o termo forclusão. Este irá operar nos termos do real, do simbólico e do imaginário. Além disso, a rejeição deve ser compreendida como uma falha no recalque originário que na obra lacaniana expressa uma falha na inscrição da metáfora paterna ou do significante “nome-do-pai”.

E aí entra a especificidade da *verwerfung* na obra de Lacan. A consequência da ausência da metáfora paterna é que a criança permanece presa na relação especular e dual com a mãe. É o retorno à total indiferenciação entre a criança e o seio, a criança e o desejo da mãe; dito de outra forma, esta alienação na mãe e em seu desejo, se, por um lado é fundamental para o psiquismo no devido tempo, por outro, se algo não interrompe isto, também no devido tempo, não restará outra porta senão aquela da loucura (FREIRE, 1998b, p.61).

ZIMERMAN (1999) coloca que a forclusão impede a ruptura de fusão narcisista com o outro e, portanto, não se produz a capacidade para formar símbolos nem o ingresso no registro simbólico, o que pode ser um dos determinantes da psicose. Também a ausência do pai, no psiquismo da criança, comumente devido ao discurso denegridor da mãe, pode propiciar a formação de psicoses e perversões.

Deste modo, Lacan defende que a estrutura de um psicótico é diferente do neurótico e merece tratamentos diferenciados. Isso deixa claro as divergências entre os autores, mesmo que estes se embasem na teoria psicanalítica.

Apresentamos a seguir o posicionamento dos acompanhantes terapêuticos que também se baseiam na teoria da psicanálise.

ARAUJO (1999) discute a posição de SERENO (1996), pois compreende que não se trata de eliminar, reprimir ou desconsiderar os delírios do paciente e sim aproveitar sua potência para a criação e afirmação do sujeito. Contudo, esta questão se complexifica no momento em que damos ênfase a este aspecto sem considerar que há limites e nem sempre será possível compartilhar do projeto do paciente.

BARRETTO (1997b) coloca que, em muitos momentos, considerou a loucura como a única saída de uma vida ordenada e previsível. Mas, acredita que é preciso levar em conta todo o sofrimento com o qual o paciente se depara e, muitas vezes, intensificado pelas maneiras pouco adequadas através das quais ele busca lidar com a dor psíquica.

Para BAREMBLITT (1991) a prática deste trabalho se desenvolve entre o mundo dos vencedores, adaptados e produtivos e seu inverso, inadaptados e improdutivos. Neste conflito, o acompanhante procurará encontrar um espaço junto aos vencedores na companhia do paciente, participando da criação de seu mundo e com a crença em suas potencialidades.

Assim, ARAUJO (1999) chega a conclusão de que o acompanhamento terapêutico pode ser realizado a partir de uma orientação mais rígida, visando a adaptação do acompanhado, impondo ou exigindo dele comportamentos considerados adequados pelo acompanhante ou por determinado grupo e até sob uma orientação mais livre, despreocupada com os padrões e normas sociais, em que o acompanhante empenha-se em realizar os desejos do acompanhado por mais insustentáveis que estes sejam. Isso dependerá da concepção de homem e de mundo, dos referenciais teóricos assumidos, das características pessoais do acompanhante e de seus próprios limites no ato de acompanhar.

Assim, cada acompanhante avaliará, com base em sua prática, em cada caso, até onde ir nessa linha divisória entre respeitar as diferenças e o cumprimento de regras. Araújo acredita que cabe ao acompanhante a difícil tarefa de transitar transversalmente entre essas duas realidades: da ordem ou do caos. Para isso, faz-se necessária uma atenção ética constante, construída na relação com o outro, além de supervisões e discussões dos casos em equipe, com o objetivo de analisar com clareza a melhor forma de conduzir o trabalho (ARAUJO, 1999).

Relatamos a seguir autores que possuem uma diferente visão do modo de realizar o acompanhamento terapêutico, pois se apóiam na teoria cognitivo-comportamental.

BARBOSA e ALVES (s/d) descrevem:

O trabalho do acompanhante terapêutico consiste em estar com o cliente em diferentes situações e contextos, acompanhando-o por lugares rotineiros dentro de seu espaço, ou seja, nas ruas de seu bairro, de sua cidade, no seu ambiente familiar ou nos momentos de

lazer, buscando ampliar seu repertório de habilidades sociais e desenvolvendo estratégias de enfrentamento para suas dificuldades. O acompanhante terapêutico tem a grande vantagem de estar mais próximo da realidade do paciente, já que irá participar diretamente em suas ações, podendo analisar e sinalizar ao mesmo momento seus comportamentos e conseqüências. (BARBOSA e ALVES, s/d, p.1)

Conforme os autores citados, a técnica de acompanhamento terapêutico possibilita ao paciente desenvolver estratégias de enfrentamento das ansiedades pelo contato direto com suas limitações. Através do acompanhante, a pessoa reaprende a lidar com situações que, para ela, eram negativas.

O acompanhante terapêutico coloca literalmente a pessoa cara a cara com suas limitações. No entanto, ao mesmo tempo em que ela é posta diante de uma situação que provoca insegurança, o terapeuta, ao lado, aplica técnicas de relaxamento e discute o que está acontecendo naquele momento. É um processo de reaprendizagem em que o paciente vai se relacionar mais tranqüilamente com determinada situação (BARBOSA e ALVES, s/d, p. 1).

Para RANGÉ (1994), a psicoterapia cognitivo-omportamental:

É uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos. Entende que uma psicoterapia precisa oferecer: (1) efetividade, empiricamente demonstrável; (2) otimização entre custo e benefício, reduzindo os custos emocionais de tempo, de recursos financeiros, etc. e maximizando os benefícios e resultados; (3) nenhuma iatrogênese, isto é, garantindo que não existirão efeitos perniciosos decorrentes da intervenção; e (4) manutenção dos resultados, isto é, garantias de que a superação das dificuldades não se diluirá no tempo (RANGÉ, 1994, p.36).

RANGÉ (1998) explica que o comportamento é modificado ou mantido por suas conseqüências, ou seja, certos acontecimentos ambientais conseqüentes à emissão de comportamentos fortalecem a ocorrência destes comportamentos, estes são denominados de estímulos reforçadores. Já outros acontecimentos fazem com que ocorra uma diminuição da freqüência de alguns comportamentos.

Sobre o processo de diagnóstico, RANGÉ (1998) destaca que este tem características, propriedades, categorias e objetivos peculiares. A evolução da terapia pode ser subdividida em cinco etapas: avaliação clínica, formulação e discussão, intervenção terapêutica e acompanhamento.

Na avaliação clínica, cada problema ou queixa e todos os comportamentos apresentados pelo paciente serão objeto de uma análise funcional calcada nas seguintes variáveis: estímulos, organismo e respostas. Estes podem abranger três sistemas: cognitivo, autonômico e comportamental. As relações entre estes fatores serão estabelecidas por meio de uma observação direta e então se estabelece qual ou quais comportamentais devem ser estudados e observados; também são fixados os comportamentos terminais, isto é, aqueles que a pessoa deve apresentar ao final do tratamento. Estes são definidos de forma clara e precisa para que o terapeuta e o cliente sejam capazes de averiguar com exatidão se foram atingidos (RANGÉ, 1994).

RANGÉ (1998) explica que o objetivo da fase de avaliação é conseguir desenvolver uma formulação dos problemas apresentados. Então, define-se uma formulação como uma hipótese que inter-relacione as queixas do paciente de uma forma lógica e significativa; que busque explicar porque o indivíduo desenvolveu estas dificuldades e o que as mantêm; e que possibilite o desenvolvimento de um plano de tratamento.

Para testar sua formulação, o terapeuta estabelece certos experimentos clínicos, que vão testar as hipóteses formuladas. Assim, propõe-se uma metodologia de mudança baseada no conhecimento já experimentalmente validado, mas específico para cada paciente. Esta intervenção deve prever as mudanças, já que estas permitem uma avaliação dos progressos alcançados (RANGÉ, 1998).

Conforme COSTA (1997), uma das variáveis principais no processo psicoterápico é a relação terapeuta-paciente. Neste enfoque, o terapeuta procura dar ao cliente a oportunidade de falar de si, perante uma audiência não punitiva, para que seja possível uma compreensão eficaz na estrutura-comportamental da problemática do cliente. Características como empatia e assertividade devem estar presentes em todo terapeuta cognitivo comportamental. Para que isso ocorra é necessário o estabelecimento do *rapport*, que consiste em componentes emocionais e intelectuais. Quando se estabelece esse tipo de relação, o paciente percebe o terapeuta como alguém em sintonia com seus sentimentos e atitudes; dotado de simpatia, empatia e compreensão; que o aceita com todos os seus defeitos e com que ele pode se comunicar sem ter que explicar em detalhes seus sentimentos e atitudes. Na situação ambiental, o terapeuta e sua pessoa operam como: reforçador social por excelência; modelo; estímulo discriminativo para certos comportamentos; observador participante que irá colaborar no desenvolvimento do programa de tratamento junto com o cliente.

De acordo com RANGÉ (1998), a psicoterapia cognitiva comportamental é atualmente usada no tratamento dos transtornos de ansiedade, afetivos, adições, transtornos alimentares, disfunções sexuais, dificuldades interpessoais, retardo mental, autismo, transtornos dissociativos, transtornos de personalidade, entre outras.

COSTA (1997) dá alguns exemplos de possíveis intervenções embasados na teoria comportamental: “Reestruturação cognitiva”, que consiste em fazer o cliente apreender a identificar os pensamentos distorcidos, substituí-los por pensamentos acurados e mais objetivos e, assim, pretende-se modificar valores, crenças, cognições e/ou atitudes do sujeito; “Treino de habilidades sociais”, através do uso de dramatização, modelação, o cliente desenvolve um repertório comportamental de habilidade social que o capacitará a influenciar seu ambiente externo em seu esforço para alcançar suas metas específicas; “Tarefas de casa”, que consiste em solicitar do paciente que execute tarefas específicas entre as sessões a fim de que as habilidades que ele está adquirindo possam generalizar-se; “Biblioterapia”, quando é solicitado ao cliente buscar informações sobre sua doença, o que permite do cliente entender os mecanismos que estão presentes no seu quadro clínico a se sentir menos isolado, tendo consciência de que outras pessoas experimentam os mesmos sintomas.

Em conclusão sobre o modo de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico, verificamos que tanto a prática do atendente psiquiátrico como o auxiliar psiquiátrico e a experiência de acompanhamento terapêutico descrita por Mauer e Resnizky eram embasados na mesma concepção de doença mental, principalmente na Psicologia do Ego. Além disso, a principal característica dessas práticas é do trabalho ser desenvolvido em um ambiente externo a instituição.

O acompanhamento terapêutico pode ser realizado sob uma orientação mais rígida, visando a adaptação do acompanhado, exigindo dele comportamentos considerados adequados pelo acompanhante ou uma orientação mais livre, em que o acompanhante empenha-se em realizar os desejos do acompanhado. Esta orientação vai depender da concepção teórica que sustenta a prática do acompanhante terapêutico.

Ressaltamos que existem diferentes perspectivas dentro da teoria psicanalítica e estas se diferenciam em uma linha mais adaptativa ou não. Entre os autores filiados à teoria comportamental, há um consenso de que o acompanhante deve propiciar um espaço de aprendizagem para o paciente, ou seja, esperam um modo de viver do paciente que o acompanhante considere mais apropriado.

Finalizando, a análise da produção científica sobre as características que contornam o acompanhamento terapêutico aponta três marcas que diferenciam este trabalho dos demais: *setting* ampliado, diálogo com a família do paciente e trabalho em equipe. Os autores analisados se diferenciam no modo de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico, ou seja, a intervenção do acompanhante terapêutico vai se diferenciar dependendo de seu embasamento teórico.

3.5- Fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico

Resgatamos as tentativas de teorização do acompanhamento terapêutico a partir de acompanhantes que indicaram respaldar-se na teoria da psicanálise, uma vez que na literatura especializada consultada não existe registro de teorização deste tema com base em outras abordagens teóricas. Além disso, é um tema que não tem muitos trabalhos

publicados e a maioria destes se dedicam a descrever relatos de experiências. Em seguida, apresentamos uma outra idéia divergente desses primeiros autores, que defende o acompanhamento terapêutico fundamentado em vários campos de saberes.

A primeira publicação sobre acompanhamento terapêutico foi descrita pelas argentinas Mauer e Resnizky, em 1985, e traduzida para o português em 1987. KALINA (1987) descreve que esta produção foi um marco sobre o tema e originou-se de uma experiência original e pioneira.

De acordo com ARAUJO (1999), até o momento não existe sistema teórico específico para o acompanhamento terapêutico e observa-se a realização de atividades práticas seguindo diferentes abordagens teóricas do campo de saber psicanalítico, como a lacaniana, a winnicottiana, a bioniana. Há também acompanhantes terapêuticos que se embasam na teoria cognitiva comportamental, como já citamos anteriormente neste trabalho.

SERENO (1996) destaca a impossibilidade de se criar uma teoria sobre o acompanhamento terapêutico.

BARRETTO (1997b) afirma que há uma certa ambigüidade quanto à necessidade de teorização sobre a prática do acompanhamento terapêutico. Por um lado, há uma tentativa de teorizar as experiências, por outro, um crescente número de relatos de casos que se limitam à descrição. A ausência de teorização é justificada pelo receio de, ao teorizar, perder-se a riqueza e a vida das experiências. Ela conclui que a melhor opção é nos arriscarmos nesse trânsito entre a experiência e a conceituação.

CESARINO (1991) e BARRETTO (1997b) ressaltam que a maioria dos acompanhantes terapêuticos diante de questões acerca de seu trabalho descreve um relato de caso clínico, buscando uma concretude da prática clínica, o que mostra claramente que estão buscando ainda uma teorização.

ARAUJO (1999) e REIS NETO (1995) se preocupam com o fato de não ter um sistema teórico. Algumas pessoas podem considerar que existe um acompanhar despreocupado, um movimento do acaso, porém, diferente disso, os autores acreditam que é preciso ter um conhecimento geral sobre ética.

BARRETTO (1997b) propõe uma ética deste trabalho que se constitui na relação com o outro, marcada pelo respeito e compreensão da singularidade do sujeito e o uso de categorias psicopatológicas como instrumento de compreensão.

Dos autores analisados, apresentaremos alguns que teorizam a prática com conceitos da psicanálise, porém dão ênfase à impossibilidade de transpor a mesma situação de analista e analisando para a situação acompanhante e acompanhado.

GHERTMAN (1997) propõe pensar o acompanhamento terapêutico dentro de uma prática com conceitos psicanalíticos e acredita que os acompanhantes devem se apropriar dos conceitos já estabelecidos, para, talvez, até mesmo pode superá-los.

BRAGA NETO (1997) esclarece que a psicanálise sempre teve um valor inestimável no sentido de projetar alguma luz sobre os casos que atendeu. Complementa que as teorias de estruturação e funcionamento psíquico do sujeito, os conceitos de desejo, de castração, de transferência, ajudaram- no a montar uma compreensão de cada caso.

IBRAHIM (1991) descreve que é freqüente a observação de tentativas de transposição da situação analista-analisando para a situação acompanhante-acompanhado.

MAUER e RESNIZKY (1987) ao considerar o aparelho psíquico proposto por Freud em 1923, composto por três instâncias: ego, id e superego, relacionam-o com o trabalho do acompanhamento terapêutico:

O acompanhante se situa junto ao Ego do paciente e daí tenta modificar as relações que mantêm com seu Id (seus impulsos) e com seu Superego (suas exigências desmedidas) para que o sujeito consiga fazer frente à realidade. Trabalhar com o Ego do paciente implica abordá-lo em seus aspectos mais maduros, adaptados e

conservados para reforçá-los e enriquecê-los, ajudando-o desse modo a desprender seu potencial (Mauer e Resnizky ,1987, p.56).

FERNANDES (1991), psicóloga e psicanalista, retoma alguns conceitos da clínica psicanalítica proposta por Freud para pensar algumas questões acerca do acompanhamento terapêutico. Para Freud, foi a observação e a compreensão da transferência que ampliou o sentido do encontro regular do analista com o paciente. Não se trata apenas de recordar, acrescenta a importância do reviver, viver de novo. Na análise o analista empresta-se ao paciente como instrumento de relação com o objetivo de compreender as demandas dessa relação e, em última instância, ter acesso ao inconsciente do paciente. O objetivo do analista não é decifrá-lo para si mesmo, mas servir de instrumento para que o paciente se decifre. Considera que o acompanhamento terapêutico como estratégia clínica que não se confunde com a análise e que pesquisar a qualidade do acompanhamento terapêutico é pesquisar a qualidade de uma companhia na ação.

Para CENAMO et al. (1991), psicólogos e acompanhantes terapêuticos refletem se é possível utilizar conceitos psicanalíticos para explicar a prática do acompanhamento terapêutico. Descrevem em relação ao *setting* que a psicanálise clássica trabalha basicamente com três elementos: abstinência, interpretação e transferência.

Para os mesmos autores no acompanhamento terapêutico, a abstinência diferentemente da análise clássica, não é de sugestão e de ação, é a abstinência do desejo. O paciente não estará satisfazendo os desejos do acompanhante terapêutico nem o acompanhante terapêutico estará agindo de modo a satisfazer os desejos do paciente; juntos estarão fazendo algo em comum, ou seja, promovendo a evolução ou a ampliação da realidade psíquica do paciente.

Em relação à interpretação, conforme CENAMO et al. (1991), no acompanhamento terapêutico não se interpreta o discurso do paciente, o que existem são atitudes interpretativas que servem para ajudar o paciente a perceber seu movimento na relação e, assim, promover seu desenvolvimento. As atitudes interpretativas existem no momento em que o acompanhante terapêutico, com sua atitude ou comportamento, discrimina algo no mundo interno do paciente tal como projeções, confusões, entre outros.

Assim, CENAMO et al. (1991) arriscam a dizer que *setting* e as funções do acompanhamento terapêutico são definidas de acordo com a tarefa. A finalidade do acompanhamento terapêutico se aproxima á de uma cura em psicoterapia. Esta cura significa uma melhor convivência com a realidade, graças ao fortalecimento e a liberação do ego, a renúncia de defesas infantis, além de maior ajuste nas relações interpessoais e maior nitidez na percepção de si com conseqüente aumento de adaptação crítica à realidade.

MAIA e NERY (1997), psicanalistas e acompanhantes terapêuticas, retomam Freud que dizia que a psicanálise deveria ser reinventada a cada novo paciente. Acreditam que a recomendação parece bastante pertinente para pensar teoricamente a prática do acompanhamento terapêutico, em que o novo, o estranho e a surpresa marcam o cotidiano clínico. Sobre teoria e prática, as autoras afirmam que:

A teoria deve servir à prática, ou seja, ela deve vir em decorrência de um posicionamento que comporta um certo tipo de ignorância, um olhar de estranhamento sobre o que aparentemente é óbvio e compreensível, o previsível lugar-comum... Não se trata de vestir o acompanhamento terapêutico com uma roupagem teórica psicanalítica, tornando-o uma psicanálise mal acabada. Mas sim criar pontos teóricos estratégicos que nos auxiliem a pensar essa prática”
(MAIA e NERY, 1997, p.134)

Segundo IBRAHIM (1991), o acompanhamento terapêutico configura uma atividade clínica com especificidades que o diferencia de todas as outras. Por isso, cabe aos acompanhantes a tarefa de pensar e aperfeiçoar o trabalho, recebendo contribuições de todas as áreas, porém com a clareza de que só aos acompanhantes cabe o papel de investigação dessa prática.

SHIRAKAWA (1991), psiquiatra e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, coloca a necessidade de diferentes abordagens ou mudanças na técnica psicanalítica com psicóticos. Concorda com as recomendações para modificação da técnica como supressão do divã, flexibilidade quanto ao número de sessões, o uso moderado e racional de gratificações ao lado das interpretações e o contato com a família do paciente.

Deste modo, SHIRAKAWA (1991) recomenda grupos operativos, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico e orientação de família. Acredita que são técnicas mais diretivas, menos custosas e que visam a reabilitação e a recuperação das habilidades sociais comprometidas pelo processo esquizofrênico. Reafirma que o acompanhamento psiquiátrico de pacientes esquizofrênicos envolve uma equipe multidisciplinar, uma vez que o tratamento medicamentoso, embora essencial, não sustenta isoladamente um tratamento.

Ressaltamos que embora estes autores façam a relação da psicanálise com o acompanhamento terapêutico, outros autores analisados colocam que esta teoria sustenta teoricamente o trabalho de acompanhamento terapêutico. Porém, a psicanálise dá algumas ferramentas para se pensar nesta prática.

Em uma outra visão, alguns autores consideram que o acompanhamento terapêutico é um campo que não pode ser sustentado em um saber, ao contrário, precisa ser fundamentado com base em diversos campos de saberes.

Segundo CARVALHO (2002), na busca da construção de um saber específico a respeito do acompanhamento terapêutico é preciso o embasamento em um referencial multideterminado por diferentes saberes, nem sempre congruentes. Assim, a autora acredita que a interdisciplinaridade é um termo que tem se mostrado pertinente para designar o espaço de construção do conhecimento quando apenas um campo do saber não consegue abarcar os principais fundamentos de um fenômeno.

Desse modo, CARVALHO (2002) demonstra que a teorização acerca do acompanhamento terapêutico está necessariamente situada num espaço interdisciplinar de construção de conhecimento. Conseqüentemente, observa que é muito difícil hierarquizar a influência de cada campo, como a Psicologia, a Psicanálise, a Antropologia, a Arquitetura, a Teoria dos Sistemas, a Teoria da Complexidade, a Filosofia e a Psiquiatria. Descreve, entretanto, que a relação do acompanhamento terapêutico é essencialmente fundamentada nos seguintes campos: Psicologia, Psicanálise, Teoria Sistêmica e a Reforma Psiquiátrica.

É necessário lembrar, porém, que em todos estes campos existe idéias divergentes e convergentes entre si.

Segundo HEIDBREder (1981) e DAVIDOFF (1983) existem diferentes sistemas em Psicologia, muitas vezes incongruentes entre si.

ZIMERMAN (1999) comenta que existem diferentes escolas de psicanálise e cada uma possui suas concepções, pontos convergentes e divergentes. Entre os psicanalistas, alguns consideram a importância de uma formação mais eclética, ainda que existam pontos em que não haja possibilidade de diálogo entre as escolas.

A mesma situação é identificada por MELMAN (2002), quando afirma que há diferentes pressupostos da Teoria Sistêmica, entre eles a Cibernética de Primeira Ordem, Primeira Cibernética, Segunda Cibernética, Cibernética de Segunda Ordem, Teoria Geral dos Sistemas, Construtivismo, Construcionismo Social, o que permite a possibilidades de diferentes leituras e intervenções.

Isso também ocorre com o termo Reforma Psiquiátrica, já que conforme AMARANTE (2001) este é um processo complexo e composto por uma articulação entre vários eixos que propiciam uma grande variedade de possibilidades práticas e teóricas.

Sendo assim, constatamos que são saberes que também possuem divergências e contradições, o que pode tornar difícil o diálogo entre elas.

Sobre a posição de natureza interdisciplinar do acompanhamento terapêutico, CARVALHO (2002) crê que não se trata de negar a valorosa contribuição que a Psicanálise trouxe ao campo do acompanhamento terapêutico desde de seu início até hoje e, sim, acolher mais vivamente outras contribuições, num verdadeiro diálogo.

TURATO (2003) esclarece que a interdisciplinaridade consiste na interpenetração de uma disciplina com as demais, num processo incessante contrariando a fragmentação do saber. Ou seja, as disciplinas se fecundam mutuamente, interagindo, desde simples intercomunicação das idéias até uma integração de seus conceitos.

Em conclusão, encontramos na literatura especializada tentativas não consolidadas de teorização sobre as práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado. Referente ao tema de teorização do acompanhamento terapêutico, a maioria dos autores se embasa na teoria psicanalítica, lembrando que esta possui diferentes escolas. Eles, porém, deixam claro que utilizam os conceitos da psicanálise para a compreensão e intervenção do caso, mas que esta relação tem suas dificuldades e até suas impossibilidades. Em uma visão diferente, os autores consideram que é preciso se fundamentar em diversos campos de saberes para conseguir uma teorização do acompanhamento terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O presente estudo visou a análise crítica das produções científicas referentes ao tema acompanhamento terapêutico, no Brasil, no período entre 1960 e 2003, com o objetivo de estabelecer o que é esta prática para seus agentes e identificar os temas emergentes dessa produção.

Optamos por estudar a produção científica referente ao acompanhamento terapêutico já que observamos que a maioria dos autores descrevia vivências desta prática, faltando, muitas vezes, uma fundamentação teórica sobre ela. Um outro aspecto é que cada autor descrevia um modo de trabalhar com o paciente, fundamentando-se em diferentes visões de mundo e de ser humano, o que tornava difícil compreender o que era o acompanhamento terapêutico, uma vez que não existe um sistema teórico específico para esta intervenção.

Conforme os autores analisados a história do acompanhamento terapêutico teve início nos anos 60 com a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas e as tentativas de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos.

A reforma psiquiátrica e seus antecedentes tiveram como inspiração os movimentos de reforma psiquiátrica francês, com a Psiquiatria Institucional e de Setor; o inglês, com a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria; o americano, com a Psiquiatria Comunitária e o italiano, com a Psiquiatria Democrática Italiana.

Embora cada um destes movimentos tenham características particulares, todos propunham que o doente fosse visto como alguém com possibilidades de participar das decisões sobre seu tratamento, dado que dispunha também de recursos e aspectos sadios.

Sobre a organização da assistência psiquiátrica brasileira, na década de 60, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, e assim, a doença mental tornou-se objeto de lucro, ocorrendo um aumento no número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados. As propostas mais inovadoras que buscavam uma alternativa não manicomial encontraram sérias dificuldades.

Na década de 70, o modelo asilar se tornou tema de crítica unânime pelos documentos oficiais, porém o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado. Havia poucas experiências em andamento, tentando quebrar a hegemonia do modelo asilar e três estados que se tornaram referências de tais experimentos foram, Rio Grande Do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Na segunda metade da década de 70, emergiram críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além do mais, ocorreram denúncias do abandono, da violência e dos maus tratos a que os pacientes psiquiátricos eram submetidos.

Deste modo, somente a partir dos anos 80 começou a se consolidar no país uma percepção do papel das práticas e das instituições psiquiátricas muito diferenciadas do modelo asilar até então existente e este processo denominou-se reforma psiquiátrica.

Assim, no final da década de 80 e início da década de 90 uma série de diferentes iniciativas e documentos defendiam os direitos dos pacientes psiquiátricos e exigiam mudanças na legislação que regulasse a assistência em saúde mental, particularmente no que concerne ao modelo hospitalocêntrico vigente e a questão das internações involuntárias.

Na década de 90, os processos que compõem o que atualmente é o cenário da reforma psiquiátrica brasileira amadureceram e consolidaram-se e alguns pontos podem ser destacados: nova mentalidade no campo psiquiátrico, a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas e a existência de experiências renovadoras com resultados positivos, entre outras.

Finalizando sobre as transformações nas políticas de saúde mental, observamos que sobretudo as que ocorreram no início dos anos 70, favoreceram o surgimento de experiências alternativas ao modelo manicomial. Estas experiências foram fundamentais para que emergisse o acompanhamento terapêutico enquanto possibilidade de intervenção no tratamento das doenças mentais, contribuindo para promover mudanças na concepção de atenção psiquiátrica, então hegemônica.

Os autores analisados acreditam que o acompanhamento terapêutico chegou ao Brasil com outras denominações: com a prática do atendente psiquiátrico que ocorreu na Clínica Pinel em Porto Alegre na década de 60 e 70; auxiliar psiquiátrico, inserção que ocorreu na Clínica Villa Pinheiros no Rio de Janeiro no final da década de 60; e do amigo qualificado que ocorreu no final da década de 70, no Instituto A CASA, em São Paulo. Desse modo, a prática com a denominação de acompanhamento terapêutico foi utilizada a partir da década 80 no Brasil.

Pudemos verificar que os agentes de trabalho denominados de atendente psiquiátrico e auxiliar psiquiátrico tiveram características muito diferentes do que hoje é denominado de acompanhamento terapêutico. O que permanece como umas das marcas é de uma intervenção poder ser realizada na rua, em um contexto social.

Desde sua introdução no país, o acompanhamento terapêutico tem sido um instrumento de trabalho cada vez mais utilizado na área de saúde mental e a principal característica que marca esta prática é o *setting* ampliado, já que o horário, o local, a duração das sessões podem ser variáveis. Atualmente, o acompanhamento terapêutico tem sido indicado por diversos profissionais de saúde como um recurso no tratamento de pacientes psicóticos, sendo, entretanto, também indicado para pacientes com outros diagnósticos como: transtornos depressivos graves, fobias, toxicomania, deficientes mentais, entre outros.

Como metodologia, no trabalho com os textos que tratam sobre o tema acompanhamento terapêutico usamos a leitura analítica, que tem como objetivos fornecer uma compreensão global do significado do texto e treinar o leitor a uma compreensão e interpretação crítica dos textos.

Diante da análise realizada, a produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico foi dividida em cinco temas emergentes: Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico; A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico; Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico; Características e modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico; Fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico.

Referente ao tema “Objetivos, funções e definições de acompanhamento terapêutico”, observamos nos textos analisados que havia uma preocupação com o estabelecimento de funções e objetivos que determinavam a especificidade do trabalho de acompanhamento terapêutico, diferenciando-os de outras práticas realizadas por outros membros da equipe de saúde.

Os autores enfatizam a necessidade do atendente psiquiátrico ter um vínculo informal com o paciente, acompanhando-o nos grupos pré-estabelecidos pela clínica, nos momentos livres e, ainda, em saídas externas da clínica. Ou seja, a função do atendente era cuidar do paciente, ficar com o paciente dentro do hospital o tempo inteiro, acompanhando-o nas atividades de higiene corporal, na terapia ocupacional, no esporte, saídas, cinema, enfim, no que o paciente fizesse dia e noite.

O auxiliar psiquiátrico teria a função de acompanhar o paciente no cotidiano da vida comunitária. A equipe de auxiliares-psiquiátricos dava assistência permanente, 24 horas por dia, às pessoas internadas.

Sobre a função do amigo qualificado, esta função só foi utilizada em 1981. Nesta época, a tarefa desse agente era basicamente estar junto do paciente nos momentos em que este não estava nas atividades do hospital-dia. Alguns pacientes, e/ou respectivas famílias, necessitavam de um apoio em horários em que a instituição não funcionava, principalmente, no final de semana.

As funções do acompanhante terapêutico encontradas na literatura especializada são: apresentar o mundo para alguém que está impossibilitado de manter este contato por conta própria; viabilizar ao paciente novas formas de estar no mundo; e inclusão social.

Constatamos que as funções e os objetivos do acompanhamento terapêutico diferem das do atendente psiquiátrico e auxiliar psiquiátrico, já que estes agentes trabalhavam nas instituições e acompanhavam os pacientes em todas as suas atividades, internas ou externas à clínica. Diferentemente, as funções tanto do amigo qualificado como do acompanhante terapêutico eram de acompanhar os pacientes em momentos mais pontuais, podendo ser até em atividades internas de uma clínica, porém havia uma predominância das atividades em lugares externos.

Também verificamos que os autores analisados enfatizam que a função e o objetivo do acompanhamento terapêutico são marcados pelo que eles designam por aspectos sociais, ou seja, que o acompanhante possa de alguma maneira circular com o acompanhado em diversos lugares e contextos. As divergências entre os autores aparecem no modo de realizar estas funções para atingir os objetivos do trabalho de acompanhamento terapêutico.

A partir da década de 80, os autores formulam tentativas de definição para o trabalho de acompanhamento terapêutico não se baseando apenas em funções e objetivos deste agente.

O que marca a discussão deste tema na literatura analisada são as iniciativas voltadas à construção de definições acerca do que é o acompanhamento terapêutico. Nesta elaboração, fica claro o esforço investido na tentativa de articular tal definição através do embasamento desta numa determinada corrente teórica e/ou clínica que, pode ser tanto a psicanálise, como a psicologia cognitivo-comportamental, entre outras.

Sobre o tema “A quem se destina o trabalho de acompanhamento terapêutico” de acordo com o que se pode depreender da produção científica estudada, a clientela a quem se dirigia as atividades de acompanhamento terapêutico era composta por psicóticos adultos desde as primeiras experiências iniciadas nos anos 60, sendo expandida para crianças e adolescentes e outras condições de saúde incapacitantes nos anos 80.

O atendente psiquiátrico foi uma prática que ocorreu na Clínica Pinel, sendo assim, era destinado aos pacientes que estavam em tratamento nesta instituição.

O auxiliar psiquiátrico foi uma prática que ocorreu na Clínica Villa Pinheiros. Esta era privada e por ser muito cara atendia uma parte da população com elevado poder financeiro. Os pacientes da clínica eram diagnosticados como psicóticos e podiam estar internados ou em regime de hospital-dia.

Já a experiência do amigo qualificado ocorreu no Brasil no Instituto A CASA em São Paulo. Este oferece atendimento especializado a psicóticos e neuróticos graves. Também é uma instituição privada e possui alguns convênios.

O acompanhamento terapêutico vem sendo utilizado cada vez mais por inúmeros motivos com aqueles que têm o processo de desenvolvimento psíquico comprometido. Assim, a demanda para acompanhamento terapêutico ao longo dos anos tem abordado uma diversidade de casos como: toxicomania, paciente com comprometimento orgânico, portadores de deficiências físicas e mentais, pacientes pré e/ou pós-cirúrgicos e idosos.

Deste modo, verificamos na produção científica referente ao tema a quem se destina o acompanhamento terapêutico que o trabalho do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado foi exclusivamente para pacientes que estavam em tratamento nas clínicas onde esta prática acontecia – todas no setor privado. Já o acompanhamento terapêutico vem se consolidando e sendo indicado tanto para pacientes psicóticos como para outros diagnósticos. Além do mais, atualmente é uma prática que vem sendo utilizada tanto no serviço privado como público.

No que diz respeito ao “ Profissional que trabalha como acompanhante terapêutico”, a produção científica do acompanhamento terapêutico mostra que as características deste profissional foram mudando em cada período, principalmente no que se refere à formação.

Sobre o perfil dos atendentes psiquiátricos, alguns autores colocam que na época alguns eram estudantes de medicina e cumpriam a parte prática de sua formação profissional e a outra parte eram leigos, ou seja, sem formação médica ou psicanalítica. Enquanto outros autores apontam que as funções exigidas dos atendentes pareciam não depender tanto de conhecimentos acadêmicos ou teóricos e mais de uma disponibilidade deles para conviver de forma informal com os pacientes dentro de uma comunidade terapêutica.

Sobre o perfil do auxiliar psiquiátrico, a maioria dos contratados eram estudantes de Psicologia interessados na área clínica; logo estes já tinham uma compreensão da doença mental.

Não encontramos dados sobre o perfil do amigo qualificado na literatura consultada.

Sobre o perfil dos acompanhantes terapêuticos, uma pesquisa descreve que os acompanhantes terapêuticos são predominantemente do estado de São Paulo; majoritariamente formada por psicólogos; e a maioria dos participantes afirmou que o trabalho como acompanhante terapêutico estava vinculado à psicanálise.

Sobre a formação do acompanhante terapêutico, os autores analisados destacam a necessidade de uma formação específica, que é supervisão e análise pessoal, o que, a princípio, é muito próximo ao que Freud propôs para a formação de um psicanalista:

Portanto, podemos concluir que para ser atendente psiquiátrico ou auxiliar psiquiátrico não era necessário ter formação na área “psi”, embora esta situação tenha sido gradualmente alterada. Entretanto, os profissionais das clínicas, onde eram realizadas as práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado embasavam-se na teoria psicanalítica.

Em relação ao perfil do acompanhante terapêutico, verificamos que a maioria trabalha de forma autônoma, diferentemente do que ocorreu nas primeiras experiências em que os profissionais eram contratados por uma instituição. Outras características encontradas foram: a maioria das publicações é de profissionais da região Sudeste; há uma predominância de mulheres atuando e escrevendo sobre o tema; a maioria tem formação em Psicologia e a maior parte dos textos analisados aponta a teoria psicanalítica como embasamento para a compreensão e intervenção no caso. Sobre a formação do acompanhante, apenas os autores da teoria psicanalítica escreveram sobre este tema. Entre eles há um consenso da necessidade de uma formação específica que inclui supervisão e análise pessoal, o que a princípio é muito próximo de uma formação de um psicanalista.

Referente ao tema “Características e modos de realizar a clínica no acompanhamento terapêutico” podemos apreender características diversificadas que marcaram a forma de implementação das práticas não só em diferentes períodos históricos, mas também sob distintas perspectivas terapêuticas relacionadas ao modo de realização da clínica, de acordo com a corrente teórica em que esta se embasava.

O atendente psiquiátrico era um dos componentes mais importantes da equipe terapêutica, pois estava ligado diretamente ao paciente. Deveria ser diferente do enfermeiro tradicional porque não se restringiria aos cuidados higiênico-dietético-medicamentoso do paciente, devendo ir além disso. Era preciso conviver com o paciente, estimulando-o para diversas atividades. O doente mental encontrava no atendente psiquiátrico alguém que lhe servia de companhia, que o vigiava e lhe dava conselhos. Há um consenso entre os autores analisados, já que reforçam a idéia de que o atendente psiquiátrico tinha um trabalho voltado para a rua.

Já sobre as características do auxiliar psiquiátrico, o trabalho era dirigido para as atividades externas à clínica. Após o fechamento da Villa Pinheiros, os auxiliares passaram a ser profissionais autônomos contratados pelas famílias dos pacientes para estar com estes em seu cotidiano.

Não encontramos na literatura especializada nenhum dado sobre as características do amigo qualificado.

Os autores analisados destacam três características que aparecem como constituintes do acompanhamento terapêutico: *setting* ampliado, o diálogo com a família e o trabalho em equipe.

Referente ao *setting* ampliado, há um consenso entre os autores analisados de que o acompanhante terapêutico, ao formular o contrato, já deve combinar que ele e o acompanhado estarão em diversos lugares. Deve-se estabelecer horários, mesmo sabendo que estes poderão ser flexíveis.

Sobre o diálogo com a família, existe um consenso entre os autores analisados de que no acompanhamento terapêutico é fundamental trabalhar com a família do paciente, embora muitas vezes o profissional encontre muitas dificuldades. Na literatura consultada, os autores apontam dois referenciais teóricos que embasam o trabalho com os familiares de seu acompanhado: a teoria sistêmica e a teoria psicanalítica. Assim, a conduta do acompanhante terapêutico com a família de seu acompanhado vai depender da linha teórica em que se embasa.

Referente ao trabalho em equipe, na prática do atendente e do auxiliar psiquiátrico, estes faziam parte de uma equipe já que eram contratados da instituição. Os autores destacam que era importante a reunião de equipe e o psiquiatra era quem direcionava o tratamento e a postura do atendente ou auxiliar.

Há um consenso na produção científica referente ao tema acompanhamento terapêutico sobre a importância do trabalho em equipe. As controvérsias existentes entre os autores analisados são referentes à existência ou não de uma hierarquia entre o trabalho do acompanhante terapêutico e os demais profissionais da equipe.

Os autores buscam também aprofundar a discussão sobre em que consiste esta prática a luz da discussão do modo de realizar esta intervenção junto aos seus clientes orientado por uma perspectiva clínica.

A concepção de doença mental dos profissionais da Clínica Pinel era semelhante aos da Villa Pinheiros e, conseqüentemente, o modo de realizar a prática do atendente psiquiátrico era similar a do auxiliar psiquiátrico.

Os autores descrevem que os profissionais da Clínica Pinel e da Villa Pinheiros foram influenciados pela teoria freudiana e acreditavam que todos os indivíduos apresentavam basicamente os mesmos impulsos. O que variava, então, era a intensidade desses impulsos e a qualidade das defesas usadas para manejá-los. Assim, todas as pessoas apresentavam maior ou menor grau de dissociação do seu ego. Consideravam que o doente mental é uma pessoa dissociada em partes doentes e sadias, que atingiu um nível mais extenso e profundo desta dissociação e utiliza defesas cada vez mais regressivas, surgindo os sintomas. Sendo assim, no tratamento destinado ao doente mental era preciso valorizar e estimular a parte sadia do ego.

Não encontramos autores que descrevem o modo de realizar a intervenção do amigo qualificado.

Já na literatura especializada referente ao acompanhamento terapêutico, existe uma prevalência da idéia de que o acompanhamento terapêutico é uma ponte na relação do paciente com o mundo.

As controvérsias que existem entre os autores é pela teoria que cada acompanhante se embasa, já que mesmo os autores da teoria psicanalítica podem partir de escolas diferentes.

Os autores chegam a conclusão que o acompanhamento terapêutico pode ser realizado de diferentes formas que vão desde uma orientação mais rígida, visando a adaptação do acompanhado, impondo ou exigindo dele comportamentos considerados adequados pelo acompanhante até uma orientação mais livre, despreocupada com os padrões e normas sociais, em que o acompanhante empenha-se em realizar os desejos do acompanhado por mais insustentáveis que estes possam aparecer. Isso dependerá da concepção de homem e de mundo, dos referenciais teóricos assumidos, das características pessoais do acompanhante e de seus próprios limites no ato de acompanhar.

Desta maneira, o acompanhamento terapêutico pode ser embasado em diferentes concepções teóricas e/ou clínicas. Ressaltamos que existe diferentes escolas dentro da teoria psicanalítica e estas se diferenciam em uma linha mais adaptativa ou não. Entre os autores filiados à teoria cognitivo- comportamental, há um consenso que o acompanhante deve propiciar um espaço de aprendizagem para o paciente, ou seja, esperam uma adaptação do paciente ao modo de viver que o acompanhante considere mais apropriado.

Finalizando sobre o tema “Fundamentação teórica do trabalho de acompanhamento terapêutico” resgatamos as tentativas de teorização do acompanhamento terapêutico a partir dos acompanhantes que se identificam como embasando-se na teoria da psicanálise.

Até o momento não existe sistema teórico específico para o acompanhamento terapêutico e observa-se a realização de atividades práticas seguindo diferentes abordagens teóricas do campo de saber psicanalítico, como a lacaniana, a winnicottiana, a bioniana.

Constatamos que há também autores que se embasam na teoria cognitiva comportamental.

Alguns autores ressaltam que a maioria dos acompanhantes terapêuticos, diante de questões acerca de seu trabalho descrevem um relato de caso clínico, tentando dar um contato concreto com aquilo que estão procurando fazer, o que mostra claramente que estão buscando ainda uma teorização.

Outros autores propõem pensar o acompanhamento terapêutico dentro de uma prática com conceitos psicanalíticos. Tais autores esclarecem que a psicanálise sempre teve um valor inestimável no sentido de projetar alguma luz sobre os casos que atende.

Ressaltamos que embora estes autores façam a relação da psicanálise com o acompanhamento terapêutico, os mesmos destacam que esta teoria consegue sustentar teoricamente este trabalho, porém, há algumas impossibilidades.

Em uma outra visão, os autores consideram que o acompanhamento terapêutico é um campo que não pode ser sustentado em um saber, ao contrário, precisa ser fundamentado com base em diversos campos de saberes.

Em conclusão, encontramos na literatura especializada tentativas não consolidadas de teorização sobre as práticas do atendente psiquiátrico, do auxiliar psiquiátrico e do amigo qualificado. Referente ao tema de teorização do acompanhamento terapêutico, a maioria dos autores se embasa na teoria psicanalítica. Eles, porém, deixam claro que utilizam os conceitos da psicanálise para a compreensão e intervenção do caso, mas que esta relação tem suas dificuldades. Em uma visão diferente, outros autores consideram que é preciso se fundamentar em diversos campos de saberes para conseguir uma teorização do acompanhamento terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.73-84.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**. 11(3): 491-4, 1995.

AMARANTE, P. Prefácio. In: KANTORSKI, L. P. e SILVA, G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária/ UFPel, 2001. p.5-8.

ARAÚJO, A. **O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação**. São Paulo, 1999. (Dissertação- Mestrado- UFSCar)

AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico. **Rev. Neuropsiq. Da Inf. e Adol.** 4 (2); 37-40, 1996.

BARBOSA, J.G. **Acompanhamento terapêutico**. Disponível em: <www.cemp.com.br/artigos.asp3id=67>. Acesso em: 04/11/2004.

BARBOSA, J.C. e ALVES, S. **Confrontando fantasmas fora do consultório terapêutico**. Disponível em: <www.cemp.com.br/artigos.asp3id=67>. Acesso em: 04/11/2004.

BAREMBLITT, G. Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.79-84.

BARRETTO, K. D. A importância do experienciar e do cuidar na prática do Acompanhamento Terapêutico. In: CATAFESTA, I.F.M.D. (Org.) **D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo**. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, 1996. p.291-305.

BARRETTO, K.D. **Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico.** São Paulo, 1997a. (Dissertação- Mestrado- Puc- S.P.)

BARRETTO, K.D. Uma proposta de uma visão ética no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta. 1997b. p.241- 268.

BARRETTO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom quixote e Sancho Pança.** São Paulo: Unimarco Editora, 1998. 210p.

BASAGLIA, F.; ONGARO, F.B.; CASAGRANDE, D.; JERVIS, G.; COMBA. L.J.; PIRELLA, A.; SCHITTAR, L.; SLAVICH, A. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.11- 40.

BERGER, E.; MORETTIN, A.V.; BRAGA NETO, L. História. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta, 1991.p.17-22.

BEZERRA JÚNIOR, B. C. De médico e louco e todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (Org.) **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80.** Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1996. p.171- 191.

BEZERRA JÚNIOR, B. Saúde Mental ou psiquiatria. In: Encontro de pesquisadores em Saúde mental, 4; Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, 3. 1995 **Anais...** Ribeirão Preto- São Paulo. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, 1995. p.3-38.

BIRMAN, J. e COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.41-72.

BIRMAN. J. Como era gostoso o meu francês: sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.) **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80.** Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1996. p.155-169.

BRAGA NETO, L. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1997. p.233-240.

BRASIL. Sistema Único de saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002, 213p.

BRASIL. **Manual do Ministério da Saúde sobre o CAPS**. (s.d.)

CAIAFFA, R.A. O acompanhante terapêutico e a Rua: o social como constitutivo do acompanhamento. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.93- 100.

CAMARGO, E.M.C. O acompanhante terapêutico e a clínica. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.51-60.

CARROZZO, N. Campo de criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.31-40.

CARROZZO, N. Introdução. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1997. p.11-18.

CARVALHO, S.S. **Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?**. Brasília, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade de Brasília)

CENAMO,A.C.V., SILVA, A.L.B e BARRETTO, K.. O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p. 187-208.

CERQUEIRA, L. A Psiquiatria na previdência social. In: UCHÔA, D. M. Organização da psiquiatria no Brasil. São Paulo: Sarvier, 1981. p.131-142.

CESARINO, A. C. A rua e o social de cada um. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico:** acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p. 109- 118.

COSTA, M.R.S. **Introdução à psicoterapia cognitivo- comportamental.** João Pessoa: Idéia, 1997, 95p.

DAMETTO, C. e GALANTERNICK, R. C. A propósito de uma técnica psicoterápica não interpretativa. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.89-91.

DAVIDOFF, L. L. Psicologia: presente e passado. In: DAVIDOFF, L.L. **Introdução à Psicologia.** Tradução de Auripebo Berrance Simões e Maria da Graça Lustosa. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1983. p.1-27. Título original: Introduction to psychology.

DELGADO, P .G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS E COSTA. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000, p.171-202.

DIAS. M.L. **O que é psicoterapia de base psicanalítica.** Coleção Primeiros Passos: Editora Brasiliense, 1990, 71p.

EGGER, J.C. O Acompanhamento terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. **Revista Psiquiátrica** 7(1): 5-10,1995.

EVA, A.C.; CESARINO,A. C. AMARAL, M. A. N.; GIL, A. M.. Comunidade Terapêutica. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.25-31.

ELKAÏM, M. **Panorama das terapias familiares.** São Paulo: Summus, 1998, v.2., 344p.

FERNANDES, M. H. Acompanhamento terapêutico, relato de um caso clínico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.133 - 154

FRÁGUAS, V.; BERLINCK, M. T. Entre o pedagógico e o terapêutico. Algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. **Estilos Clínicos**. 6(11): 7-16, 2001.

FRÁGUAS, V. **Saindo do ab(aut)ismo: o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo, 2003. (Dissertação – Mestrado- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

FREIRE, J.M.G. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 1(1): 86-110, 1998a.

FREIRE, J.M.G. Possibilidades da clínica psicanalítica no tratamento com psicóticos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 1(4): 55-73, 1998b.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise. (1912) In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1995, p. 149-159. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 12, 1911-1913

FREUD, S. A questão da análise leiga (1926) In: FREUD, S. **Um estudo autobiográfico** . Rio de Janeiro: Imago, 1969. p.205-296. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 20 , 1925-1926

GABBARD, M.D.G.O. Teorias da Personalidade: psicanálise. In: KAPLAN, H.I. e SADOCK, B.J. **Tratado de psiquiatria**. 6º ed. Porto Alegre. Editora Artmed. 1999. p.477-534.

GHERTMAN, I. A. A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1997. p.233-240.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1996, 159p.
- GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**- Rio de Janeiro, 2001. (Dissertação – Mestrado- Fundação Oswaldo Cruz).
- GRANDESSO, M A. **Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, 422p.
- HEIDBREDER, E. **Psicologias do século XX**. 5º ed. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981. 376p.
- IBRAHIM, C. Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, p.43-9.
- JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Rio de Janeiro, 1997. (Dissertação- Mestrado- Fundação Oswaldo Cruz)
- JORGE, M. R. e FRANCA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatria**. 23(1):3-6,2001.
- KALINA, E. Apresentação. In: MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. Tradução de Waldemar Paulo Rosa. Campinas-S.P: Papyrus, 1987.164p. Título original: Acompañantes terapêuticos y pacientes psicóticos.
- KIRSCHBAUM, D.I.R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5. número especial, p.19-30, 1997.

LÁPIS, B. R.; RODRIGUES, J. A.; MYLIUS, R. Enfermagem psiquiátrica – sua função. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 24 (112): 64-9, 1971.

LOUZÃ, M. R. **Esquizofrenia: dois enfoques complementares**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 69p.

MAIA, M. S. e NERY, N.F. Rex, amigo de fé, minha bazuca; representações de um lugar. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, p.127- 132.

MARAZINA, I. Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.119- 124.

MARCHIONI, S. A. E. Síndrome de Asperger, as visões científica, familiar e pessoal. São Paulo, 1997. 160p.

MARTINS, C. Reflexões sobre a Assistência Psiquiátrica na América Latina. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.21-24.

MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. **Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos**: Manual introdutório a uma estratégia clínica. Tradução de Waldemar Paulo Rosa. Campinas- S.P: Papyrus, 1987.164p. Título original: Acompanantes terapêuticos y pacientes psicóticos.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora. 2002. 156p.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos**. 11(2), 241-58, 2004.

PETRI, R. Atravessar a rua: risco de vida ou risco de vida? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta. p.127-132.

PICCININI, W. A psiquiatria brasileira na década de 60. In: **Psychiatry on Line Brasil** (8) Setembro, 2001. Disponível em :< [http://www. polbr. med. br/arquivo/wal0903. htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0903.htm)>. Acesso em : 03 jun. 2004.

PICCININI, W. Experiências de um estudante de medicina em um hospital psiquiátrico. In: II CONGRESSO ESTUDANTIL LATINO-AMERICANO DE PSICOLOGIA MÉDICA, **Anais...** Ribeirão Preto, 1962.

PICCININI, W. História da psiquiatria. In: **Psychiatry on Line Brasil** (8) Setembro, 2003. Disponível em :< [http://www. Polbr. Med. Br/arquivo/wal0903. htm](http://www.Polbr.Med.Br/arquivo/wal0903.htm)>. Acesso em : 03 jun. 2004.

PICHON RIVIÈRE, H. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.239p.

PORTO, M. e SERENO, D. Sobre o acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.p.23-40

RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental. In: RANGÉ, B.(Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. 2º ed. São Paulo: Editorial Psy, 1998. p.35- 42.

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família: da introdução à construção**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 1998. 159p.

REIS NETO, R. O. **Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ**. Rio de Janeiro, 1995 (Dissertação - Mestrado- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS E COSTA. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2000, p.15-74.

ROCHA, R. M.; BARTMANN, M.; KRITZ, S. **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1996. 112p.

SELDIN, J.; SILVEIRA, R.; CUNHA, C.C. Formação de auxiliares psiquiátricos. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.497-499.

SERENO, D. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. São Paulo, 1996 (Dissertação - Mestrado- USP)

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22^oed. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SHIRAKAWA, I. O acompanhamento psiquiátrico por longo prazo de pacientes esquizofrênicos. **Temas**. 40/41: 316-24, 1991.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS E COSTA. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2000, p.75-102.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos**. 9(1), 25-59, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis- Rio de Janeiro: Vozes, 2003, 685p.

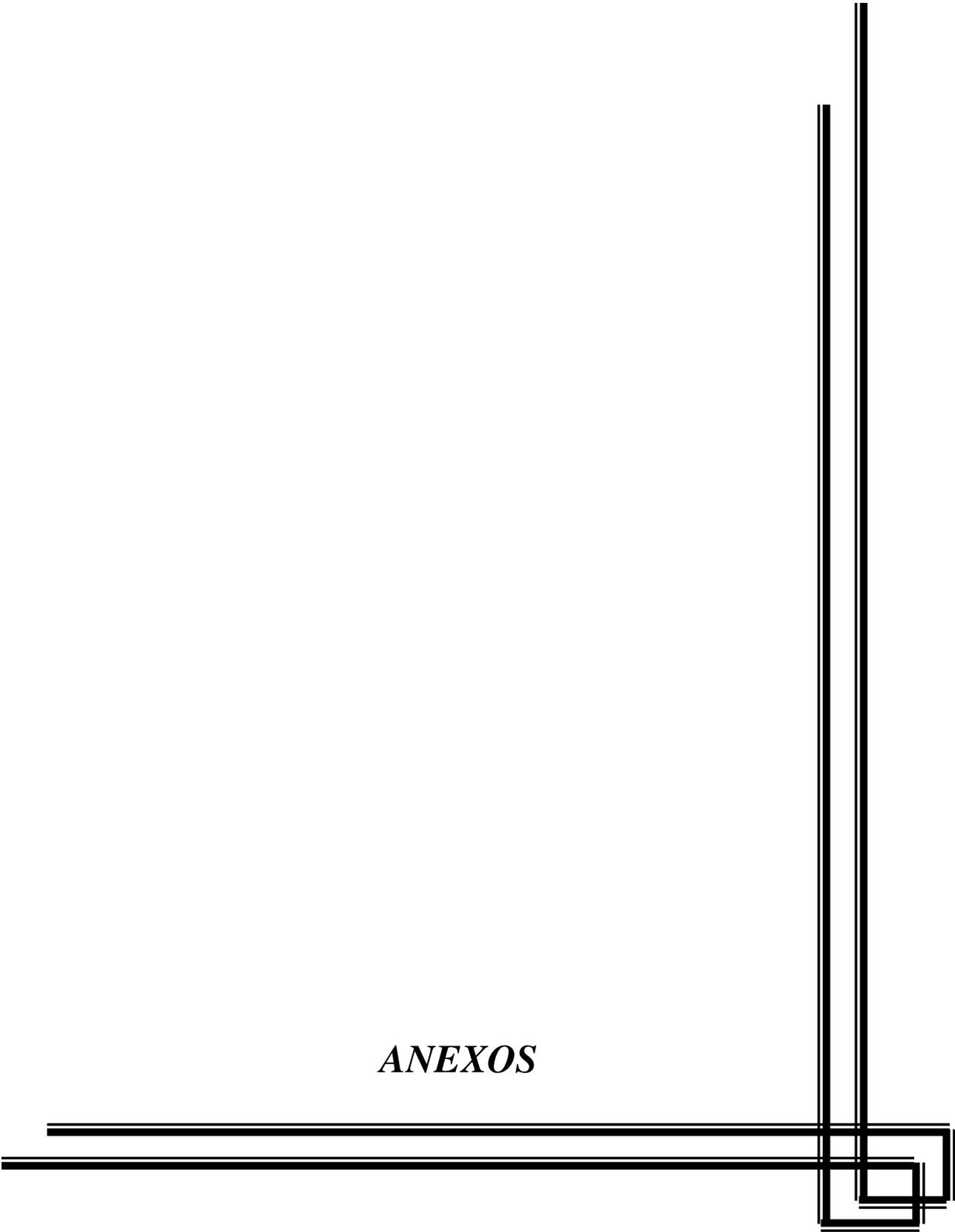
UCHÔA, D. M. A psiquiatria brasileira no século XX. In: UCHÔA, D. M. **Organização da psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Sarvier, 1981. p.34-43.

ZAMIGNANI, D.R. e WIELENSKA, R.C. Redefinindo o papel do acompanhamento terapêutico. In: KERBAUY, R.R. e WIELENSKA, R.C. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes Editora, 1999, p.157-165.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed. 1999. 478p.

ZIMERMAN, D. O atendente psiquiátrico como fator terapêutico hospitalar. **Arquivos Clínica Pinel**, 4: 123-6, 1960

ANEXOS



ANEXO 1

RELAÇÃO DOS TRABALHOS ANALISADOS REFERENTES AO TEMA ATENDENTE PSIQUIÁTRICO

LÁPIS, B. R.; RODRIGUES, J. A.; MYLIUS, R. Enfermagem psiquiátrica – sua função. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 24 (112): 64-9, 1971.

PICCININI, W. A psiquiatria brasileira na década de 60. In: **Psychiatry on Line Brasil** (8) Setembro, 2001. Disponível em :< [http://www. polbr. med. br/arquivo/wal0903. htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0903.htm)>. Acesso em : 03 jun. 2004-11-05.

PICCININI, W. **Experiências de um estudante de Medicina em um Hospital Psiquiátrico**. In: II CONGRESSO ESTUDANTIL LATINO-AMERICANO DE PSICOLOGIA MÉDICA, Ribeirão Preto, 1962.

REIS NETO, R. O. **Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ**. Rio de Janeiro, 1995 (Dissertação - Mestrado- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)

ZIMERMAN, D. O atendente psiquiátrico como fator terapêutico hospitalar. **Arquivos Clínica Pinel**, 4: 123-6, 1960

ANEXO 2

RELAÇÃO DOS TRABALHOS ANALISADOS REFERENTES AO TEMA AUXILIAR PSIQUIÁTRICO

DAMETTO, C. e GALANTERNICK, R. C.. A propósito de uma técnica psicoterápica não interpretativa. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.89-91.

IBRAHIM, C. Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAP~EUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo. Escuta. p.43-49.

REIS NETO, R. O. **Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ**. Rio de Janeiro, 1995 (Dissertação - Mestrado- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)

SELDIN, J.; SILVEIRA, R.; CUNHA, C.C. Formação de auxiliares psiquiátricos. In: VI CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA e I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Anais...** São Paulo, 1971, p.497-499.

SERENO, D. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. São Paulo, 1996 (Dissertação - Mestrado- USP)

ANEXO 3

RELAÇÃO DOS TRABALHOS ANALISADOS REFERENTES AO TEMA AMIGO QUALIFICADO

BARRETTO, K.D. Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico. São Paulo.1997a. (Dissertação- Mestrado- Puc- S.P.)

CARROZZO, N. Campo de criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta, 1991.p.31-40.

MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica. Tradução de Waldemar Paulo Rosa. Campinas- S.P: Papyrus, 1987.164p. Título original: Acompañantes terapêuticos y pacientes psicóticos.

SERENO, D. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade. São Paulo, 1996 (Dissertação - Mestrado- USP)

ANEXO 4

RELAÇÃO DOS TRABALHOS ANALISADOS REFERENTES AO TEMA ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

ARAÚJO, A. **O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação.** São Paulo. 1999. (Dissertação- Mestrado- UFSCar)

BARBOSA, J.G. **Acompanhamento terapêutico.** Disponível em: <www.cemp.com.br/artigos.asp?id=67>. Acesso em: 04/11/2004.

BARBOSA, J.C. e ALVES, S. **Confrontando fantasmas fora do consultório terapêutico.** Disponível em: <www.cemp.com.br/artigos.asp?id=67>. Acesso em: 04/11/2004.

BAREMBLITT, G. Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta, 1991.p.79-84.

BARRETTO, K. D. A importância do experienciar e do cuidar na prática do Acompanhamento Terapêutico. In: CATAFESTA, I.F.M.D. (Org.) **D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo.** Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, 1996. p.291-305.

BARRETTO, K.D. **Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico** – São Paulo.1997a. (Dissertação- Mestrado- Puc- S.P.)

BARRETTO, K.D. Uma proposta de uma visão ética no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico.** São Paulo. Escuta. 1997b. p.241- 268.

BARRETTO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom quixote e Sancho Pança.** São Paulo. Unimarco Editora, 1998. 210p.

BERGER, E.; MORETTIN, A.V.; BRAGA NETO, L. História. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.17-22.

BRAGA NETO, L.B. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo. Escuta. 1997. p.233-240.

CAIAFFA, R.A. O acompanhante terapêutico e a rua: o social como constitutivo do acompanhamento. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.93- 100.

CAMARGO, E.M.C. O acompanhante terapêutico e a clínica. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.51-60.

CARROZZO, N. Campo de criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.31-40.

CARROZZO, N. Introdução. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo. Escuta. 1997. p.11-18.

CARVALHO, S.S. **Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?**. Brasília, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade de Brasília)

CENAMO,A.C.V.;SILVA, A.L.B e BARRETTO, K.. O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.187- 208.

CESARINO, A. C. A rua e o social de cada um. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico:** acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p. 109- 118.

EGGER, J.C. O Acompanhamento terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. **Revista Psiquiátrica** 7(1): 5-10,1995.

FERNANDES, M. H. Acompanhamento terapêutico, relato de um caso clínico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico:** acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.133 - 154

FRÁGUAS, V.; BERLINCK, M. T. Entre o pedagógico e o terapêutico. Algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. **Estilos Clínicos.** 6(11): 7-16, 2001.

FRÁGUAS, V. **Saindo do ab(aut)ismo: o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de Acompanhamento Terapêutico.** São Paulo, 2003. (Dissertação – Mestrado- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

GHERTMAN, I. A. A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade:** acompanhamento terapêutico. São Paulo. Escuta. 1997. p.233-240.

KALINA, E. Apresentação. In: MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos:** Manual introdutório a uma estratégia clínica. Tradução de Waldemar Paulo Rosa. Campinas-S.P: Papyrus, 1987.164p. Título original: Acompanantes terapêuticos y pacientes psicóticos.

LOUZÃ, M. R. **Esquizofrenia: dois enfoques complementares.** São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 69p.

MAIA, M. S. e NERY, N.F. Rex, amigo de fé, minha bazuca; representações de um lugar. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade:** acompanhamento terapêutico. São Paulo. Escuta, 1997. p.127- 132.

MARAZINA, I. Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **A rua como espaço clínico**: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.119- 124.

MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. Tradução de Waldemar Paulo Rosa. Campinas- S.P: Papyrus, 1987.164p. Título original: Acompanantes terapêuticos y pacientes psicóticos.

PETRI, R. Atravessar a rua: risco de vida ou risco de vida? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo. Escuta, 1997. p.127-132.

PORTO, M. e SERENO, D. Sobre o acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org) **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.p.23-40

REIS NETO, R. O. **Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ**. Rio de Janeiro, 1995 (Dissertação de mestrado- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)

SERENO, D. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. São Paulo, 1996 (Dissertação - Mestrado- USP)

ZAMIGNANI, D.R. e WIELENSKA, R.C. Redefinindo o papel do acompanhamento terapêutico. In: KERBAUY, R.R. e WIELENSKA, R.C. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes Editora, 1999, p.157-165.