

## **A inserção do Acompanhamento Terapêutico em um modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos**

Ricardo Gomides Santos<sup>1</sup>

Este artigo pretende apresentar as primeiras impressões a respeito da construção de um modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos atendidos em um Ambulatório de Saúde universitário. Trata-se de um projeto desenvolvido há pouco mais de seis meses na universidade em que leciono e iniciarei por sua apresentação, para daí retratar o modo como o Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>2</sup> foi inserido.

Como sói acontecer, antes de iniciarmos este projeto o ambulatório reunia em seu espaço distintas modalidades terapêuticas sem qualquer comunicação. Além de prestar o devido atendimento à comunidade, o Ambulatório era utilizado pelos professores dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição e, por último, Psicologia, para que os alunos- estagiários pudessem realizar atendimentos supervisionados, complementando assim sua formação prática.

Em um mesmo espaço tínhamos vários profissionais e saberes envolvidos, um grande número de estagiários ávidos por atendimento e uma população também numerosa e carente de serviços que o poder público não oferece ou oferece a duras penas. Foi neste ambiente repleto de múltiplas demandas, proximidade física e disposição para formar profissionais que surgiu a idéia de trabalharmos em equipe. Hoje posso dizer que esta idéia surgiu por ser *necessária*. Explico.

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, Acompanhante Terapêutico do Instituto A Casa, professor da Universidade Nove de Julho – SP.

<sup>2</sup> Vou utilizar a sigla AT para designar a profissão de Acompanhamento Terapêutico e a sigla At para designar o profissional que a exerce.

Quando oferecemos o serviço de psicologia aos pacientes neurológicos atendidos em fisioterapia, encontramos uma abertura dada pela necessidade de nosso trabalho. Não era um ou outro caso que se beneficiaria de uma escuta psicológica, mas todas aquelas pessoas que, em função de uma patologia adquirida, tiveram sua vida radicalmente transformada, fosse por um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou por um acidente de qualquer natureza que deixou graves seqüelas físicas, como paraplegias, hemiplegias ou hemiparesias. Além disso, as conseqüências destas afecções neurológicas atingiam os familiares destas pessoas, que se viam agora obrigadas a assumir novas funções domésticas, arcar com despesas financeiras não planejadas, cuidar continuamente de nosso paciente. O sofrimento envolvido em tais acontecimentos é enorme e traduz-se não raramente em adoecimentos, como a entrada em estados depressivos de pacientes e cuidadores<sup>3</sup>. Tal sofrimento era o pano de fundo no contato com os estudantes e profissionais fisioterapeutas, não preparados para fornecer a escuta necessária a esta demanda.

A partir daí, pensamos em criar um serviço que integrasse essas duas práticas clínicas, pois também os psicólogos, ao realizar seu trabalho com este público, são atravessados por questões de ordem fisioterápica que devemos ao menos conhecer ou ter um trânsito facilitado para nos informarmos. Ao aprofundarmos nas considerações sobre um modelo de atendimento, nos demos conta do óbvio: aproveitarmos a presença da multiplicidade de saberes presentes em uma universidade, a ampla gama de estagiários em condições de oferecer trabalho em serviços especializados, a necessidade dos pacientes que já se dirigiam ao ambulatório em busca de tratamentos.

Criamos então um projeto de intervenção chamado *Atitude Plena*<sup>4</sup> que busca oferecer ao paciente, a partir de seu vínculo com o Ambulatório Integrado de Saúde, um serviço em que atuam fisioterapeutas, psicólogos em trabalho ambulatorial, psicólogos em Acompanhamento Terapêutico, enfermeiros, nutricionistas e, mais recentemente, advogados, arquitetos e farmacêuticos. A intenção de nosso projeto é oferecer aos pacientes e cuidadores uma ampla variedade de serviços que visem suprir as demandas surgidas a partir das afecções neurológicas tratadas. Criar este modelo é enfrentar as questões relacionadas aos cuidados físicos, psicológicos, higiênicos, alimentares, jurídicos, medicamentosos e de adaptabilidade

---

<sup>3</sup> Estudos demonstram que entre 34 e 50% de cuidadores de pacientes com AVC apresentam sintomas depressivos e que 50% destes pacientes têm um diagnóstico de depressão moderada nos primeiros meses após o acidente vascular. (Bianchin *et al.*, 2006)

<sup>4</sup> Este projeto foi elaborado e é coordenado pelos professores Eliana Maria Varise, Paulo André Barbosa Panetta e pelo autor deste artigo.

espacial para circulação doméstica que pacientes e cuidadores enfrentam em seu cotidiano drasticamente alterado.

Um dos desafios na realização deste projeto é possibilitar uma comunicação efetiva entre todos os participantes, para que evitemos assumir uma postura de multiplicidade estanque. Nossa intenção é criar um modelo interdisciplinar em que os diferentes profissionais, com suas perspectivas variadas sobre uma mesma condição de vida, seja do paciente ou de seu cuidador, possam compartilhar compreensões, dúvidas e intervenções, buscando melhorias na condição de vida de nosso público. Ainda tentamos criar meios efetivos de comunicação, físicos e eletrônicos, para possibilitar esta reunião de olhares. Até o momento, o recurso que tem propiciado melhores resultados é o encontro entre estagiários no ambulatório de saúde. Leitura de prontuários e conversas informais fornecem aos futuros profissionais uma compreensão ampliada de nosso paciente, além de um exercício de diálogo horizontal com colegas de diversas áreas – exercício este que, oxalá, se prolongue na carreira de todos os envolvidos. Reuniões ainda esporádicas com todos os professores e os estagiários para discussão conjunta de casos também permitem vislumbrarmos a interdisciplinaridade pretendida.

Fisioterapeutas e nutricionistas, por exemplo, descobrem aspectos pessoais de seus pacientes, enxergando assim, além dos músculos que não respondem ou da marcha que deve ser aperfeiçoada, um senhor que gosta de parques e marcenaria, e que passou a dedicar-se ao aperfeiçoamento de alguns movimentos após criar um jogo de madeira junto aos Acompanhantes Terapêuticos que o atendiam em sua casa. Nós, psicólogos, compreendemos a dimensão dos limites físicos impostos por tais afecções e as dificuldades locomotoras que se reúnem às questões psicológicas que tão bem (e quase exclusivamente) abordamos. Ao discutir questões de uma aposentadoria solicitada, advogados podem considerar aspectos de uma dinâmica familiar que requer a manutenção do paciente em condições de alienação e irresponsabilidade para obtenção de benefícios financeiros e relacionais.

Com as diferentes variáveis abordadas por cada profissional, aprendemos quão amplas são as demandas de nosso público, quão heterogêneas as formas de lidarmos, conversarmos, tocarmos ou nos envolvermos com nosso paciente. A intenção não é simplesmente dispersar conhecimentos, mas justamente valorizá-los por um reconhecimento sólido dos ganhos obtidos com este trabalho interdisciplinar. No que se refere à Psicologia, nossa escuta melhora ao sabermos das condições físicas ou de marcha do paciente com quem pretendemos circular,

por exemplo. Ao irmos às suas casas, questões de âmbito social e jurídico podem ser percebidas para um encaminhamento às instâncias e profissionais corretos. Ficamos mais livres para realizar nosso trabalho, sabendo do tratamento dado às variáveis que também nós passamos a reconhecer a partir deste projeto.

Compreender hoje a multiplicidade destas variáveis continuamente presentes em nosso trabalho é o que me permite dizer que a idéia de formar este projeto era necessária, pois atende a demandas vitais que só puderam ser tratadas a partir da aceitação necessária dos limites de cada ciência e o reconhecimento da também necessária integração de saberes para que uma vida sob nossos cuidados possa ser bem atendida, superando as divisões que dela fazemos com nossos escopos técnicos e teóricos. Se mantivermos os pólos de oposição necessidade e contingência, esta que às vezes faz surgir uma interconsulta esporádica, podemos concluir de maneira pragmática, após o início deste projeto, que ofertar bons serviços a uma pessoa não pode ser contingência.

No que se refere ao atendimento psicológico, a demanda observada apontava para dois trabalhos simultâneos: ao paciente e seu cuidador. A estes, o atendimento oferecido é feito no próprio ambulatório ou na Clínica-Escola, que fica em um prédio próximo, enquanto o paciente faz sua sessão de fisioterapia. Ao invés de um Ambulatório com a sala de espera repleta de cuidadores silentes ou compartilhando sofrimentos em uma estranha competição de padecimentos, agora os cuidadores contam com um atendimento individual e alguns grupos direcionados a eles. Já os pacientes podem receber atendimento psicológico tanto ambulatorial quanto em Acompanhamento Terapêutico (AT).

A oferta de AT vem responder a uma demanda psicológica geralmente não formulada pelos pacientes e seus familiares. Após a afecção neurológica, o tratamento recomendado por médicos e executado pelos pacientes restringe-se basicamente às sessões de fisioterapia. Imaginam que ao recuperarem os movimentos, voltarão a circular pelos locais antes possíveis, retomarão suas vidas assim como era. Não raro, pacientes muito dedicados ao tratamento físico têm fantasias não explícitas de que sua marcha e condições de movimento serão retomadas perfeitamente e enquanto isto não acontece, as saídas de casa têm apenas dois endereços: médicos e ambulatório. O que não se formula são as questões emocionais relacionadas a uma inserção social após o AVC ou paraplegia, por exemplo. Como o paciente será visto por seus vizinhos? Como as pessoas o observarão pelas ruas? Para onde ir, se agora

dependo dos outros para realizar movimentos simples? Quem andaria comigo, sabendo das minhas limitações e dos cuidados que necessito?

Não formular tais questões leva a vivê-las de modo ainda mais dramático. Permanecer confinado aos cuidados de familiares extenua tais relações (para dizer pouco), pois restringe posições: a mãe que se torna somente cuidadora do filho e deixa de ser esposa, mulher; o irmão que se torna o braço forte a levantar e subir um corpo a todo momento; um adolescente que tem tarefas rígidas e necessárias de higienizar e alimentar sua mãe; um homem que imagina não existir alguém capaz de acompanhar seus passos lentos, por isso ficando preso atrás do balcão onde trabalha de pé; etc.

A demanda por uma escuta psicológica que compreenda a dinâmica conflitiva presente em um simples sair de casa, em deixar os familiares para lançar-se ao agora dificultoso mundo pós-AVC, requer uma intervenção especializada e pensamos que o AT, por ser uma modalidade clínica definida pela inserção do profissional nos espaços de vida do paciente, torna-se um dispositivo eficaz para auxílio no tratamento.

É por meio da criação de ações e pela realização de atividades ligadas ao cotidiano dos pacientes que a clínica do acompanhamento terapêutico se realiza<sup>5</sup>, buscando retomar ou criar inserções sociais não estereotipadas e capazes de contemplar a alteridade que é própria ao paciente e a todos nós. Interpretações que levem à compreensão de uma dinâmica pessoal e familiar podem ser feitas no AT sem o privilégio dado à palavra, tal como acontece no trabalho clínico tradicional. No AT contamos com as rupturas geradas também pela circulação e pertencimento social feito em dupla<sup>6</sup>. Sair, lançar-se ao mundo é uma tarefa que envolve enormes variáveis emocionais, psíquicas e sociais que não nos damos conta graças à rotina – aqui entendida segundo a concepção de Herrmann (2001), que a considera enquanto função psíquica responsável por encobrir a percepção do absurdo ou da multiplicidade de sentidos presentes em qualquer ato humano individual ou social.

Se antes do problema neurológico não tinha-se em mente a complexidade narcísica, espacial, social e identitária materializada em nossas circulações sociais, como se poderia adquirir tal dimensão se o que afasta nosso paciente desta mesma circulação é um problema

---

<sup>5</sup> Ao tentarem definir a clínica do Acompanhamento Terapêutico, Porto & Sereno (1991) qualificam as saídas e as ações realizadas pela dupla acompanhante-paciente como a essência deste trabalho.

<sup>6</sup> Berger (1997) apresenta uma situação clínica em que, ao deparar-se com o sofrimento e segregação gerados pelo preconceito de algumas crianças à sua paciente com síndrome de down, ir ao Parque do Ibirapuera teve o efeito de uma interpretação psicanalítica, ao abrir uma pluralidade de significados na relação desta criança com os espaços públicos e seus integrantes.

de ordem física? Imagina-se corretamente, ou melhor, rotineiramente, que restituir a condição física é sinônimo para uma retomada dos vínculos pessoais e sociais interrompidos bruscamente pela afecção neurológica. Tal pensamento, com seu quê de idealização dos efeitos do tratamento e negação das dificuldades e demora nele envolvidas, permite compreendermos em parte a razão das questões psicológicas não serem formuladas quando diante de tais problemas orgânicos<sup>7</sup>. A rotina não permite percebermos que em cada saída uma dimensão narcísica está envolvida com sua paradoxal complexidade intersubjetiva. Reconhecemo-nos tendo ao outro como espelho, e este espelho está presente antes mesmo de sairmos, quando nos vestimos com esmero na expectativa de encontrar pessoas importantes para nós, por exemplo. Acostumados a ir e vir, não nos damos conta do conhecimento e domínio necessário de relações espaciais para que vençamos qualquer percurso. Não refletimos sobre o caráter identitário do espaço quando nos sentimos reconfortados ou saudosistas pela simples entrada em uma rua na qual moramos anos atrás, ou quando nos dizemos paulistanos, curitibanos, moradores de certo bairro etc. Também não nos damos conta, geralmente, da materialização espacial de pertencimentos sociais que estão em todas as portas, como em um restaurante por exemplo, desde que pensemos no significado de se entrar pela frente (para ser servido) ou pelos fundos (para servir).

Se tal complexidade não é formulada em função da rotina e se um problema neurológico vem romper com as circulações sociais antes cotidianas, é preciso um Acompanhante Terapêutico para lidar com tais questões, sabendo então que propor uma ida à feira para comer pastéis é uma intervenção psicológica que trabalha todas essas dimensões: narcísica, intersubjetiva, social, espacial e identitária, ainda que sem nomeá-las.

Para não multiplicar os exemplos e perder a força contida nos detalhes que se somam e dão forma a um encontro, vou me ater à apresentação de um único caso clínico, o Sr. G., atendido por um estagiário<sup>8</sup> de AT no Projeto Atitude Plena.

No início do trabalho, o paciente não compreendeu bem que oferta era aquela: um psicólogo para atendimentos domiciliares? Ele sofrera um AVC há quatro anos, iniciara um trabalho fisioterápico no último ano e adquirira uma autonomia considerável: cuidava da

---

<sup>7</sup> Obviamente, some-se a tais dificuldades o desconhecimento e preconceito ainda relacionados ao trabalho do psicólogo no Brasil.

<sup>8</sup> O atendimento aqui retratado e fonte das citações transcritas, foi realizado pelo estagiário Alexsandro Martins de Souza (2008) e citar seu nome, além de dar crédito a um trabalho muito bem realizado, é também uma forma de agradecer a todos os seus colegas que tão corajosamente ingressaram na primeira turma deste estágio, contribuindo para a formação de nosso projeto enquanto também se formavam.

pequena mercearia montada em sua casa e era pastor da igreja em sua comunidade – um bairro na periferia de São Paulo. Homem de muitas histórias e um passado repleto de viagens e residência em vários estados brasileiros, sua vida agora era como a de um “cavalo pastando sob o sol”<sup>9</sup> à espera da morte.

Esta fala no primeiro atendimento e a percepção nítida de um homem que adaptou bem seus recursos à condição física disponível fizeram crer que o trabalho de AT não seria necessário, afinal estávamos diante de um paciente que trabalhava e se locomovia, não enfrentando assim as maiores limitações trazidas pelo AVC. Mas um pouco mais de atenção e presença em seu ambiente permitiram vislumbrar que para o Sr. G. limitar-se àqueles espaços (mercearia, igreja e ambulatório), era necessária uma brutal redução de possibilidades não relacionada à sua condição física. Uma atenção à rádio sintonizada na loja revelou um homem apaixonado por música erudita, embora nunca tenha freqüentado os espaços de apresentação de tais peças. Escutar a paixão com que relatava a vida no interior, andando pelas matas do norte do Brasil, acentuou a intensidade da falta em circular pela mata que servia de entrada à serra próxima de sua residência – espaço não freqüentado desde o acidente vascular. O quintal por carpir, a horta abandonada, a permanência constante e exclusiva na mercearia, sem ajuda dos familiares que se encontravam em casa, revelavam uma organização prática cujo sentido, encoberto pela opacificadora rotina, não se mostrava claramente.

Aos poucos e a partir do interesse pelo paciente, o acompanhante terapêutico fez uma silenciosa frente à resistência do Sr. G., que sempre se dizia surpreso em vê-lo ali, a despeito do frio, do feriado vindouro, da alteração nos ônibus, etc. O ganho obtido por tal empenho veio junto a uma postura que, além de manter o contrato estabelecido, tomava nosso paciente como algo além de um cavalo que só trabalha e pode criar outros pertencimentos em seu mundo. Ao longo dos encontros, oportunidades de circulação foram surgindo, ora estimuladas pelo At, ora recolhidas prontamente a partir de sugestões sutis por parte do paciente. Apresentar a igreja, mostrar o bairro, o quintal, conversar sobre aposentadoria e música, pequenas atividades feitas em conjunto, começaram a retirar o Sr. G. detrás do balcão-curral no qual se confinara. Fazer estas atividades implicava numa alteração da própria dinâmica familiar, pois a esposa ou o filho deveriam ficar na mercearia enquanto o Sr. G. mostrava o bairro ao seu terapeuta, que no ambiente doméstico era chamado de “rapaz”.

---

<sup>9</sup> Todas as expressões entre aspas são do paciente.

Juntos, conversando, caminhando, encontrando pessoas próximas ao paciente, este homem recuperava funções através deste trabalho clínico realizado enquanto atividades são criadas pela dupla. Ao apresentar as intervenções feitas, podemos pensar em seus efeitos tendo em mente aqueles componentes sociais, identitários, narcísicos e espaciais presentes em nossas circulações, não esquecendo que tais elementos são inseparáveis e mutuamente determinados. Não há identidade fora dos domínios sociais, aí envolvidas as questões narcísicas e espaciais integrantes de qualquer movimento feito.

Para o Sr. G, sair com seu At já criou uma nova relação, pois o “rapaz” transformou-se no “Doutor”, quando apresentado aos seus irmãos de fé, e mostrar a igreja na qual exerce funções pastorais, foi o mote para que percorressem as ruas do bairro fora dos dias de culto ou trabalho. Aos poucos, a falta de jeito próprio a um encontro recém-iniciado, além do formalismo dado a um cicerone e ao doutor que o acompanha, cederam lugar a um contato mais próximo com o At, pronto a receber as demandas necessárias ao paciente. Foi assim que surgiram convites mais ousados, como o de ir visitar a mata que tantas saudades traziam ao paciente. É óbvio que este convite feito por ele só pôde acontecer pelo trabalho de escuta realizado, capaz de resgatar pelo veículo imaterial da transferência a bravura de um homem que resistiu a várias malárias, foi garimpeiro, conhecia cada palmo daquela mata e gostava de pescar.

Foi somente após vários encontros e um tanto furtivamente que a reocupação deste espaço objetivo-subjetivo foi feita. Nenhuma das pessoas convidadas para “a expedição” à mata pôde realizar esta empresa (também desaconselhada pela esposa) e a dupla se viu caminhando pelo bairro até o ponto exato em que a escolha era entrar na serra ou retornar. Entraram. E para surpresa do meu estagiário, o Sr. G. demonstrou uma destreza naquele chão acidentado que o colocou adiante, apontando os caminhos e preocupando-se com o rapaz que ora estava às suas costas e ora era orientado para ajudá-lo em trechos mais íngremes. Andaram durante todo o período de atendimento, duas horas, e ao relatar o feito aos seus amigos, o Sr. G. disse ter percorrido o “caminho completo”, que para ele terminava no poço onde costumava pescar. Em meio ao percurso, ele disse que ao acompanhante aquilo poderia ser um passeio, mas para ele “estar ali tinha a ver com toda a sua vida”.

Quando do término deste atendimento de dois meses<sup>10</sup>, o paciente narrou a importância deste retorno a um de seus espaços de vida, o que deu margem a inserções ainda

---

<sup>10</sup> Conforme normas do estágio, o atendimento foi encerrado em função do fim do período letivo.



maiores. Em função do interesse comum da dupla e como encerramento do trabalho entre eles, uma última atividade foi planejada: ir à Sala São Paulo para escutarem um concerto, se houvesse ingressos, ou ir a um museu – espaço também desconhecido pelo paciente. Por idéia da dupla, este programa também foi estendido à esposa do Sr. G., agora mais próxima e interessada nesta oportunidade trazida pelo trabalho de acompanhamento terapêutico.

No penúltimo dia de atendimento foram os três para a Pinacoteca do Estado de São Paulo e lá permaneceram circulando por entre quadros, fotografias e estátuas de Rodin – objeto de uma atenção especial. Ainda que não seja o propósito clínico do AT, este trabalho acabou propiciando aos dois acompanhados uma inserção em espaços da cidade que por motivos sociais mantinham-se inacessíveis.

No que diz respeito ao nosso trabalho, estar com o Sr. G. naquele espaço era a oportunidade de finalizar uma transformação ocorrida ao longo deste vínculo. Em um espaço consagrado à realização cultural, não caberia mais ao paciente pensar-se nos termos de quem foi retirado do domínio humano que lhe é próprio e se faz por aventuras, pescarias, criatividade e interesse pela arte. No alcance deste trabalho, o AVC não precisava restringi-lo à condição de um trabalhador desumanizado à espera da morte, desde que suas conseqüências psicológicas fossem cuidadas.

Através do Acompanhamento Terapêutico o paciente pôde se descobrir outro e isto se deu por meio de uma presença que cria oportunidades para utilização do espaço como ferramenta clínica, sempre considerando os meios de vida do paciente e seus recursos pessoais.

Ao realizar este trabalho em uma equipe interdisciplinar, podemos descobrir e apresentar aos nossos colegas de Projeto aspectos insuspeitados dos pacientes, permitindo também a outros profissionais realizar transformação semelhante: em lugar de uma perna, um músculo ou um processo judicial, uma pessoa se apresenta com suas singularidades e potencialidades múltiplas.

## Referências bibliográficas

BERGER, Eliana. “Acompanhamento Terapêutico: invenções”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (org.). Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. SP: EDUC, 1997.

BIANCHIN, Maysa A. *et al.* "Depressão após Acidente Vascular Cerebral (AVC)". In:

MIYAZAKI, Maria Cristina O. S.; DOMINGOS, Neide A. M. & VALÉRIO, N. I. (Orgs.). Psicologia da Saúde – Pesquisa e prática. Cap. 18. São José do Rio Preto - SP: THS/Arantes, 2006.

HERRMANN, Fabio. Andaimos do Real: Psicanálise do Quotidiano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PORTO, M. & SERENO, Débora. “Sobre Acompanhamento Terapêutico”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (org.). A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico. SP: Escuta, 1991.

SOUZA, Alexsandro M. de. Estágio Profissionalizante em Instituições de Saúde:

Acompanhamento Terapêutico. (Relatório de estágio). São Paulo, Universidade Nove de Julho, 2008.