

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: uma estratégia terapêutica em uma
unidade de internação psiquiátrica**

REGINA CÉLIA FIORATI

Ribeirão Preto
2006

REGINA CÉLIA FIORATI

ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa “Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: **Prof. Dra. Toyoko Saeki**

Ribeirão Preto
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fiorati, Regina Célia

ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO:uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2006.

150 f. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Saeki, Toyoko.

1. Acompanhamento Terapêutico.
2. Saúde Mental.
3. Tratamento Psiquiátrico
4. Reabilitação
5. Enfermagem.

RESUMO

FIORATI, Regina Célia. ACOMPANHAMENTO TERAPEUTICO: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

A pesquisa realizada visa a elaboração de uma proposta de implementação da prática do Acompanhamento Terapêutico para pacientes com quadro psicótico agudo, internados no Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. A proposta de implementação dessa estratégia terapêutica foi apresentada como uma resposta a determinadas problemáticas apresentadas por alguns usuários do serviço, tais como: dificuldade de integração em serviço ambulatorial, alto número de reinternações hospitalares e necessidade de inclusão social. Para tanto, teve como objetivos específicos caracterizar os usuários que necessitaram do Acompanhamento Terapêutico e os problemas vivenciados no processo, relacionar os fatores que levaram a indicação dessa prática para determinados pacientes e identificar as dificuldades apresentadas no curso dos atendimentos. A partir de revisão bibliográfica da temática do Acompanhamento Terapêutico situamos essa prática como importante para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais, tendo em vista os referenciais teóricos da reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo de caso, exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Coletamos os dados a partir de dez casos atendidos, durante o período de oito meses, relatórios contidos em prontuários dos pacientes e reuniões de equipe e de família, os quais foram registrados em um diário de campo. A partir da análise dos dados, verificamos que as dificuldades sentidas ocorreram nas áreas familiares, redes sociais e nas esferas institucionais dos serviços. Assim, concluímos com a elaboração de uma proposta de implementação dessa técnica no programa terapêutico desse setor de tratamento.

Palavras Chaves: Acompanhamento Terapêutico, Saúde Mental, Tratamento Psiquiátrico, Reabilitação, Enfermagem.

ABSTRACT

FIORATI, Regina Célia. THERAPEUTICAL ACCOMPANIMENT: a therapeutic strategy in a unit of psychiatric internment. 2006. 150 p. Dissertation (Master's degree) College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2006.

The carried through research had as objective the elaboration of a proposal of implementation of the practical one of the Therapeutical Accompaniment for patients with acute psychotic picture and interned in the Masculine Sector of sharps of the Hospital Tereza Saint of Ribeirão Preto. The proposal of implementation of this therapeutic strategy the problematic determined ones presented by some users of the service were presented as a reply, such as: difficulty of integration in ambulatory service, high number of hospital internments and necessity of social inclusion. For in such a way, it had as objective specific to characterize the users who had needed the Therapeutical Accompaniment and the problems lived deeply in the process, to relate the factors that they had taken the patient determined indication of this practical and identify the difficulties presented in the curse of the attendance. From bibliographical revision of the Therapeutical Accompaniment, we point out this practical as important for the social inclusion of people with mental upheavals, in view of the theoretical referential of the psychosocial rehabilitation. One is about a study of case, exploratory-description, with qualitative boarding of the date. We collect the date from ten cases taken care of, during the period of eight months; reports contained in handbooks of the patients and meetings of team and family, and had been registered in a daily one of field. From the analysis of the date, we verify that the sensible difficulties had occurred in the familiar areas, social nets and in the institutional spheres of the services. Thus, we conclude with the elaboration of a proposal of implementation of this technique in the therapeutic program of this sector of treatment.

Keywords: Therapeutical Accompaniment Mental health; Psychiatric Treatment; Rehabilitation. Nursing.

RESUMEN

FIORATI, Regina Célia. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: una estrategia terapéutica en una unidad de la internación psiquiátrica. 2006. 150 f. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Llevado con la investigación tenía como objetivo la elaboración de una oferta de la puesta en práctica del Acompañamiento Terapéutico para los pacientes con el cuadro psicopático agudo e internados en el Sector Masculino de Sostenedos del Hospital Tereza Santo de Ribeirão Preto. La oferta de la puesta en práctica de esta estrategia terapéutica resueltas las problemáticas presentadas por algunos usuarios del servicio fue presentada como contestación por ejemplo: dificultad de la integración en servicio ambulatorio, el alto número de las internaciones del hospital y la necesidad de la inclusión social. Para en tal manera, tenía como específico objetivo para caracterizar a los usuarios que habían necesitado el Acompañamiento Terapéutico y los problemas vivieron profundamente en el proceso para relacionar los factores que habían tomado la indicación resuelta paciente de este práctico y para identificar las dificultades presentadas en el curso de la atención. De la revisión bibliográfica del Acompañamiento Terapéutico precisamos esto práctico como importante para la inclusión social de la gente con agitaciones mentales, en la vista de referencia teórico de la rehabilitación psicosocial. Uno está sobre un estudio del caso, exploratorio-descriptivo, con subir cualitativo de los datos. Recogemos los datos a partir de diez casos tomados cuidado de, durante el período de ocho meses, los informes contenidos en los manuales de los pacientes y de las reuniones del equipo y familia y había sido colocados en diario de campo. Del análisis de los datos, verificamos que las dificultades sensibles hubieran ocurrido en las áreas familiares, redes sociales y en las esferas institucionales de los servicios. Así, concluimos con la elaboración de una oferta de la puesta en práctica de esta técnica en el programa terapéutico de este sector de tratamiento.

Palabras Claves: Acompañamiento Terapéutico. Salud mental; Tratamiento Psiquiátrico; Rehabilitación. Enfermería

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1-ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: revisão da literatura	26
2- ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: uma estratégia inclusiva.	34
3- PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1- Tipo de Estudo	43
3.2- O local da pesquisa	45
3.3- Os sujeitos da pesquisa	48
3.4- Procedimentos Éticos da Pesquisa	48
3-5- O Trabalho de Campo	50
3.5.1- Coleta de dados	50
3.5.2- Registro dos dados	53
3. 6- Análise dos dados	55
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	57
4.1 Apresentação dos Casos	57
4.2- Caracterização dos pacientes atendidos em Acompanhamento Terapêutico	76
4.3- Fatores do Encaminhamento para o Acompanhamento Terapêutico	81
4.4- Dificuldades Apresentadas	105
4.4.1- Transtornos Mentais e Rede Social	105
4.4.2- A Família e os Transtornos Mentais	111
4.4.3-Relações Institucionais e Acompanhamento Terapêutico	116
4.4.4- O Insólito e o Cotidiano: duas dimensões do Acompanhamento Terapêutico	128
5- UMA PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	132
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
APÊNDICE	148
ANEXO	<i>Erro! Indicador não definido.</i>

INTRODUÇÃO

O nosso trabalho trata de um estudo que visa à apresentação de uma proposta de implementação da estratégia terapêutica do Acompanhamento Terapêutico para pacientes psicóticos em crise aguda internados no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP), um hospital psiquiátrico da rede pública estadual. O Acompanhamento Terapêutico (AT)¹, por se caracterizar como uma prática desenvolvida fora dos espaços institucionais de tratamento, no ambiente social do paciente, em espaços públicos, ao explorar seu cotidiano, propicia a conexão do acompanhado com o circuito social, sua articulação com o mundo e a cultura. Dessa forma, no nosso caso, abre a possibilidade de uma intervenção importante na facilitação nos processos de alta hospitalar, respostas mais efetivas às relações sócio-familiares, vinculação a serviços de caráter ambulatorial da rede pública de atendimento em saúde mental, organizações sociais e comunitárias e inserção em redes de relações sociais.

A nossa proposta desse tipo de atendimento terapêutico diferente e inédito em uma unidade de internação para pacientes com quadro agudo da doença foi pensada como uma forma de possibilitar uma intervenção mais efetiva diante de determinados problemas apresentados pelos pacientes do Setor de Agudos Masculino (SAM), quando se encontram em alta-licença e não conseguem permanecer no ambiente social durante esse período, e em consequência disso, a alta hospitalar pode ser adiada. Outro problema é quando alguns pacientes, sem conseguir aderir ao tratamento ambulatorial, apresentam um número alto de reinternações hospitalares. Portanto, essa idéia foi engendrada para responder a essa problemática e abrir perspectivas de ampliação da atenção, acolhimento e cuidado a pessoas em crise mental grave e que, ao ser implementada no conjunto das estratégias terapêuticas desse

¹ Usaremos a abreviação AT para designar Acompanhamento Terapêutico e at para designar acompanhante terapêutico.

Setor pudesse constituir uma ação importante para ajudar os pacientes a se relacionarem melhor em seu ambiente sócio-familiar e a criar redes sociais mais efetivas, bem como pudessem se vincular melhor em serviços de caráter ambulatorial na comunidade e evitar, dessa forma, apresentarem novo episódio agudo do transtorno mental, o que os levaria a novas reinternações.

Contudo, antes de abordarmos profundamente essa problemática, é necessário relatarmos sobre a nossa trajetória profissional e como, a partir da Terapia Ocupacional, manifestamos interesse pela prática do Acompanhamento Terapêutico que veio somar-se a aquisições importantes para uma prática profissional preocupada em promover novas possibilidades que possam se abrir a formas mais democráticas de atendimento em saúde. A seguir, apresentamos um pequeno relato histórico do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, a fim de podermos entender algumas transformações importantes que essa instituição passou e o ambiente que sediou o presente estudo.

Ingressamos como trabalhadora no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto em 1996. Como Terapeuta Ocupacional, iniciamos o trabalho compondo a equipe técnica do Setor de Agudos Masculino. Este Setor recebe usuários em regime de internação integral, encaminhados de outros serviços públicos de saúde mental por se tratarem de casos caracterizados como de intensa gravidade, tais como rompimento extremo com a realidade e por representarem, em diversos graus, algum tipo de risco para o paciente e para outros. Riscos que envolvem a integridade física, tanto do paciente, quanto de outros.

O programa de terapia ocupacional, no SAM, integra, junto com outras atividades, o projeto terapêutico da equipe multidisciplinar. Os atendimentos apóiam-se, principalmente, em grupos terapêuticos (operativos e terapêuticos ocupacionais), atendimentos às famílias, visitas domiciliares, entre outras atividades.

Paralelamente a essa atividade profissional, demonstramos grande interesse na prática do Acompanhamento Terapêutico no início da década de 90, quando tomamos

contato com algumas produções teóricas sobre o assunto e pudemos perceber sua conexão com a Terapia Ocupacional e outras práticas de saúde. Portanto, iniciamos nossa formação como acompanhante terapêutica em 1994, dando continuidade em 1996. E, em 1997, integramos um grupo de AT em Ribeirão Preto.²

Após a formação e com a experiência em Acompanhamento Terapêutico, sentimos a necessidade de reestruturar o trabalho desenvolvido no Setor. Isto é, a idéia de implementar um programa que pudesse atender mais intensamente os usuários e seus familiares, cujas ações fossem mais eficazes e que se dirigissem para a inserção social do paciente na comunidade.

Pela nossa vivência, sentíamos a necessidade desenvolver um trabalho mais singularizado (projetos terapêuticos individuais) que, ao articular uma atenção no sentido de iniciar um processo de reabilitação dos pacientes, pudesse ir além de uma simples remissão de sintomas. Afinal, acreditamos que, mesmo em uma internação integral, o paciente necessita de ações que direcionem seu tratamento com possibilidades de uma reabilitação dentro de um campo psicossocial, ou seja, experiências que possam gerar ações psicossociais simultaneamente ao período de remissão de sintomas de forma que os usuários do serviço não se sintam desarticulados do processo vital, de seu meio sócio-familiar e das trocas sociais que o fundamentam enquanto cidadão.

O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, inaugurado em 1944 e com o nome de Hospital Regional de Insanos de Ribeirão Preto³, foi criado devido à necessidade de descentralização do atendimento psiquiátrico do Estado de São Paulo, em decorrência da superpopulação do Hospital do Juqueri. O Hospital iniciou suas atividades com 20 pacientes,

² A nossa formação como acompanhante terapêutica iniciou-se em 1994. Em 1996, em São Paulo, realizamos outro curso com Kleber Duarte Barretto. Posteriormente, de 1997 a 1999 integramos um grupo de AT que atuou por dois anos, na cidade de Ribeirão Preto, atendendo pessoas portadoras de sofrimento mental e dependentes de substâncias químicas.

³ Na década de 90 passou a se chamar Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto e, posteriormente, a partir de 2000, a Instituição recebeu o nome de Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

com o funcionamento característico de uma colônia agrícola e chegou no final do mesmo ano a ter 500 internos. O pavilhão feminino foi instalado após um ano da implementação do hospital, com a vinda de pacientes internadas na Unidade de Internações de Mulheres, que funcionava em outra região da cidade de Ribeirão Preto (SAEKI, 1994).

Guimarães (2001), entretanto, acrescenta a essa versão alguns elementos para explicar os fatores que estariam na origem dessa Instituição. O desafogamento do Hospital do Juqueri estaria na base da fundação do hospital de alienados dessa cidade, porém secundariamente. Outros fatores fundamentariam a abertura de um hospital de insanos nessa região. Dentre elas, a articulação político-econômica e social entre as esferas estaduais e locais, representada pela política agro-exportadora do café que exigia, para o porte de uma cidade como Ribeirão Preto, um asilo de alienados, para desafogar as ruas e as cadeias públicas locais. Além do que, a importação de internos do Juqueri cumpria a missão de fornecer mão de obra (escrava) para efetivar a construção do Hospital, tais como manutenção da estrutura física, plantio e manutenção da área verde do local.

Por volta do ano de 1947, o hospital contava com 958 internos e em 1967 com mais de 1500 pacientes internados. O quadro de funcionários era formado por dois médicos psiquiatras, permanecendo assim por muitos anos. Atendentes, serventes e vigias eram, em sua maioria, categorias de trabalhadores compostas por pessoas analfabetas. Esses trabalhadores realizavam as tarefas de enfermagem, como administrar a medicação, entre outras. O tratamento era, além da medicação, constituído por eletroconvulsoterapia, choque por cardiozol, insuliniterapia, uso de rotundas para contenção e celas-fortes. O banho e a troca de vestimentas eram semanais (diariamente os atendentes davam cerca de 300 banhos nos pacientes mais sujos) e os processos cirúrgicos eram realizados no próprio Hospital (GUIMARÃES, 2001).

Essa situação permaneceu por cerca de 30 anos, e no início da década de 70 iniciou-se um processo de críticas ao sistema asilar e às condições precárias e desumanas a que

eram submetidos os usuários do serviço. A partir de então, algumas mudanças foram realizadas no hospital, decorrentes, principalmente, de reorientações na organização política dos órgãos gestores estaduais de saúde mental⁴. Apesar das oscilações nas orientações políticas, o Hospital reduziu o número de leitos, contratou profissionais e iniciou, timidamente, um processo de categorização dos pacientes amontoados até então, sem critérios, em pátios vigiados. Em 1976, foi criado o Setor de Agudos Masculino e, posteriormente, o Feminino (SAEKI, 1994).

Na década de 80, a situação no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto começou a mudar de forma mais sensível, a partir da articulação com as propostas de reformulação da assistência psiquiátrica e, sob a diretriz da Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Foram introduzidas algumas transformações com metas de se reduzir as características asilares do hospital.

A partir de então, foi proposto um processo de desospitalização, com o incentivo à criação de equipamentos extra-hospitalares de atendimento psiquiátrico (ZERBETTO et al, 1998). Reduziu-se os pátios imensos e criou-se unidades menores de atendimento. Houve a abolição de celas-fortes. E foram criados programas de ressocialização. Apesar das inflexibilidades institucionais foram criados o Núcleo de Convívio, a Vila Terapêutica, Pensões Protegidas e Residências Assistidas (GUIMARÃES, 2001).

Embora as mudanças tenham sido importantes, sua implantação foi acidentada devido a ações reacionárias de diretorias retrógradas que se alternavam na direção técnica da Instituição, com direções mais articuladas aos propósitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SAEKI, 1994).

Interessante salientarmos como o projeto de Reforma Psiquiátrica foi importante no trajeto de mudanças do Hospital, nesses 20 anos.

⁴ Programa de regionalização da assistência da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado, sob a direção do Prof. Luiz Cerqueira (Saeki, 1994 e Guimarães, 2001).

Segundo Amarante (1995), o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, como processo propriamente dito, iniciou-se em fins da década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que protagonizou, durante longo período de tempo, o principal papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas para o atendimento psiquiátrico no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em termos metodológicos, pode ser dividido em três momentos ou trajetórias: uma trajetória alternativa (fins da década de 70), na qual se iniciou o Movimento, atrelado aos movimentos políticos e sociais de reivindicação pelos direitos democráticos; a trajetória sanitarista (início da década de 80), parte considerável dos movimentos de reformas na saúde incorporaram-se aos órgãos de Estado e é durante essa trajetória que são desenvolvidas as bases institucionais da posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a terceira trajetória, chamada de desinstitucionalizante, parte desse movimento, desatrelou-se dos aparatos de Estado e passou a reivindicar mudanças concretas nas políticas de saúde e no atendimento psiquiátrico. Nesse momento, criou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, bem como a proposta do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Foram implementados, ainda, os primeiros Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), e nota-se alguns progressos concretos nas formas de atendimento na saúde mental, tais como redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, crescimento dos serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outros recursos. (AMARANTE, 1995).

Na cidade de Ribeirão Preto, o projeto de Reforma Psiquiátrica começou timidamente na década de 80, a partir das propostas da Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo de desospitalização e humanização da assistência psiquiátrica e, mais efetivamente, na década de 90, com a criação do Núcleo de Luta Antimanicomial de Ribeirão Preto, com transformações no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (hoje Hospital Santa Tereza de

Ribeirão Preto), instalação da Central de Vagas, criação do Núcleo de Atenção Psicossocial, entre outros (ZERBETTO et al, 1998).

Apesar dos “bolsões institucionais”, o Hospital Santa Tereza conseguiu implementar alguns projetos, em consonância com outros serviços da rede de atendimento em saúde mental e com a concepção propagada pelas diretrizes da reforma, procurando minimizar o modelo hospitalocêntrico. Foram criadas Unidades Intermediárias de Ressocialização para moradores, Vila Terapêutica, Centro de Convivência, Pensões Protegidas e, mais recentemente, a unidade denominada República, com características de residência assistida. Além disso, as internações nas unidades de moradores foram proibidas, o número de leitos em cada setor de agudos (masculino e feminino) é reduzido para 30 leitos e o período de internação para 15 dias, aproximadamente (SAEKI, 1994, p. 54).

O SAM, a partir dos anos 90, começou a assumir uma diretriz voltada para a concepção de tratamento, na qual as necessidades dos usuários sejam, realmente, os referenciais para as ações multidisciplinares desenvolvidas no setor, de modo a priorizar formas mais singularizantes no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que se busca articulá-lo a serviços substitutivos (mas que, em alguns momentos, constituem-se como complementares) à internação hospitalar, e a contextos culturais, nos quais o usuário possa desenvolver suas potencialidades.⁵ Nesse sentido, a equipe do setor desenvolve ações voltadas cada vez mais para a realidade sócio-familiar do paciente: atividades que se desenvolvem em visitas domiciliares e passeios em ambientes públicos que buscam a não desvinculação do sujeito com seu mundo cotidiano e a comunidade.

Mesmo assim, ainda percebemos uma série de problemas relacionados ao processo de adaptação social dos pacientes. Entre eles estão aqueles relacionados com seu retorno ao seu meio de origem: o relacionamento familiar problematizado, a partir do impacto

⁵ Relataremos sobre a estrutura geral de funcionamento e organização específica do SAM no capítulo que trataremos do Local da Investigação.

provocado pela doença; a fragilidade mostrada pelo usuário; as dificuldades em enfrentar determinados aspectos da vida social com o surgimento da doença mental; a ruptura com redes de relacionamentos sociais; e a não aderência ao tratamento ambulatorial. Esses aspectos constituíram parte de grandes problemas nas altas-licenças e nas altas definitivas do paciente, levando o paciente, muitas vezes, a retornar ao hospital repetidamente ou nem conseguir sair em alta definitiva, prolongando o período de sua internação.

As altas-licenças constituem um recurso utilizado pelo Setor para avaliar se o paciente consegue lidar com os elementos da realidade externa, familiar e social, e se mostra melhora em relação aos sintomas apresentados. Mas, o que se nota em determinados casos é que persiste uma desconexão importante com relação aos relacionamentos familiares e sociais, o que leva o paciente a não conseguir ficar o tempo combinado para a alta-licença em casa, tendo, assim, que retornar ao hospital. Em outros casos, podemos observar que alguns usuários apresentam uma grande dificuldade em se vincular a um outro serviço de atendimento (nesses casos geralmente os serviços ambulatoriais ou de semi-internação), e isso os leva a reinternações.

Nessas situações de dificuldades importantes, como obstáculos à alta hospitalar, relacionamentos pessoais problematizados e isolamento social, percebemos a necessidade de uma intervenção mais intensiva no intuito de construirmos alguns meios pelos quais possamos conseguir que o paciente permaneça em seu meio sócio-familiar sem retornar repetidamente ao hospital e vincular-se, efetivamente, a outros serviços de atendimento em saúde mental, integrando-se a uma rede social.

Além das dificuldades relacionadas com o distanciamento das instâncias de inter-relacionamento social, apresentadas pelos usuários, os maiores problemas que verificamos em algumas altas-licenças são aqueles que se relacionam ao despreparo da família em lidar com o comportamento desorganizado do membro que adoeceu, o que a leva, muitas vezes, a cometer

ações desorientadas e até ações no sentido de abandonar seu membro doente. Nessas situações, os conflitos se intensificam, e isso incentiva um aumento na crise ao invés de atenuá-la.

Nesse sentido é que a intervenção do Acompanhamento Terapêutico é muito importante nos momentos em que as dificuldades se mostram intensas demais para que essas pessoas consigam, sozinhas, resolvê-las. O AT, por meio de atendimentos no ambiente sócio-familiar do paciente, pode nos proporcionar a vivência com a problemática familiar e a dificuldade instaurada. De acordo com o que a prática tem mostrado, vemos que o AT possibilita criar, junto com o paciente, formas mais eficazes de relacionamento com o sofrimento e com as pessoas com as quais convive, auxiliando-o a produzir ou reatar relações afetivas importantes. Essa prática mostra-se eficaz na construção de possibilidades de inclusão social, como uma via de inserção na comunidade e em organizações que a constituem, ajudando-o a se filiar em redes sociais.

Conseqüentemente, partimos do pressuposto que o AT possa se apresentar como uma prática privilegiada diante dos problemas gerados no processo de adoecimento mental, devido às propriedades intrínsecas que a constituem. Essa forma de atendimento caracteriza-se por ser uma intervenção terapêutica desenvolvida fora dos espaços institucionais estabelecidos de atendimento (hospitais, consultórios, entre outros), realizada por profissionais da saúde (tais como: psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros) e tem o seu advento como uma estratégia terapêutica ligada a novas formas de tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental, decorrentes dos vários processos de reformulação no atendimento psiquiátrico que visaram à criação de meios de tratamento alternativos ao asilamento.

O Acompanhamento Terapêutico se dá na rua, na casa, na escola, no cinema, ou seja, na cultura, no mundo, na vida cotidiana do acompanhado. É uma forma de estar em

contato e se utilizar das condições histórico-sociais nas quais o paciente está inserido para promover um processo de transformação em sua forma de lidar com a realidade.

Segundo alguns integrantes da equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital Dia *A Casa*, o AT, ao explorar os componentes da cultura por meio da circulação por lugares públicos, mostra-se como uma forma de (re)colocar o sujeito num processo de articulação com o circuito social e promover a saúde na vida cotidiana. É uma possibilidade de encadear o mundo psicótico no mundo compartilhado e de encontrar espaços na cultura onde ela possa incorporar as existências psicóticas em suas manifestações e o paciente possa construir formas eficazes de funcionamento na realidade, e como afirmam Porto e Sereno (1991, p. 27): “É encontrar os pontos de contato com o movimento social, e aí atuar como agentes catalisadores de uma articulação, um acontecimento, onde o sujeito está incluído”.

Se, antes, as estruturas sociais excluíssem o sujeito psicótico, o AT propicia uma terapêutica na qual a circulação e o uso dessas estruturas possibilitam um movimento de inclusão, na medida em que sua prática restabelece o direito de todos na utilização dos espaços, serviços públicos e dos equipamentos sociais disponíveis a todo cidadão de uma sociedade.

Saraceno (1998), ao fazer uma abordagem crítica dos modos tradicionais de assistência psiquiátrica, apresenta um questionamento que coloca em foco a importância de pensarmos um modelo em que as divisões estanques entre especialistas, tratamento, sujeitos e contextos possam ser superadas e pensarmos a reabilitação psicossocial não como uma técnica de tratamento específico, mas como estratégia que promova relações, a capacidade do sujeito de gerar sentido e valor social, a fim de restabelecer sua contratualidade como cidadão. Para tanto, ele propõe que não é a forma de tratamento que realmente importa para conseguirmos uma verdadeira reabilitação em saúde mental, mas a forma de organização dos serviços. Assim, afirma:

“Então o problema central é o problema dos serviços, é o problema da reabilitação oferecida dentro de um sistema de serviço que permite continuamente levar em conta, contemporaneamente as variáveis que são o paciente como sujeito, o micro contexto do paciente, o macro contexto do paciente e o contexto mesmo do serviço.” (SARACENO, 1998, p. 30).

E mais adiante:

“(...)Eu falo de um artesanato da clínica do sujeito, eu creio que é uma clínica de escuta, de acompanhamento também do real material do paciente. Uma clínica que abra possibilidades para permitir ao paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento, uma clínica que produza intercâmbio entre os pacientes, enquanto estão sofrendo, com outras pessoas.” (SARACENO, 1998: p. 30).

Ora, essa descrição do que, hoje, poderia se constituir como um modelo quase ideal de reabilitação em saúde mental aproxima-se muito da promessa terapêutica contida na prática do Acompanhamento Terapêutico.

Os objetivos centrais do AT são a produção de um movimento de conexão; o estabelecimento de situações e espaços nos quais o sujeito possa incluir-se e realizar o seu estar e o seu ser no social, de articulações que coloquem o paciente como sujeito atuante. Também é provocar acontecimentos e ligações significativos com o mundo e com o movimento histórico-social (PORTO e SERENO, 1991).

Nessa direção, Saraceno (1998, p.31) afirma: “(...)Esse é o sentido da reabilitação, restabelecimento da contratualidade de cidadão (...)” e, mais adiante: “(...)A dignificação desse sentido, o acompanhamento do paciente na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos de produção de sentido, é essa a função da reabilitação, da psiquiatria.” .

O que caracteriza o Setor de Agudos Masculino (SAM), como um lugar de atendimento a pessoas em fase aguda da doença mental, é que o paciente está inserido em um contexto, no qual se encontra em um dos momentos mais delicados de seu processo psicótico, normalmente marcado por manifestações graves de rompimento com o real e com as relações

sócio-familiares. O paciente encontra-se, freqüentemente, num ‘sem-lugar’ em relação às funções sociais e familiares, estando, assim, dentro da visão colocada por Saraceno, sem uma contratualidade social. Assim, a importância do AT está no fato do acompanhamento ter a função, nesse contexto, de ajudar o paciente em seu retorno a seu *habitat*; trabalhar junto com ele sua (re)conexão com o social, encontrando espaços nos quais sua individualidade possa estar incluída e ele, podendo deixar esse espaço do ‘sem-lugar’, encontrar, então, lugares nos quais se realize como sujeito atuante. E, a partir daí, tentar provocar no paciente um movimento de busca pelo restabelecimento de sua condição de cidadão dentro das trocas e contratos sociais.

A partir de um outro referencial, Barretto (1998, p. 202) aponta, de forma semelhante, para essa dimensão contida na prática do AT. Quando, por meio do universo teórico winnicottiano, mostra como o manejo constitui-se como estratégia privilegiada do AT, o autor fala no sentido apresentado acima: “(...) exercemos uma função que está enraizada no cotidiano das pessoas. O AT é uma ajuda especializada em funções que pertencem à vida mesmo. Tentamos potencializar aquilo que está, ou deveria estar, presente na vida de cada um.”.

Importante é ressaltar que o AT proposto pela literatura conhecida e como é desenvolvido até então pressupõe um caminho complexo, no qual o processo de reabilitação envolvido é longo, constitui-se de metas e objetivos amplos e que ocorrem por meio de muitas e prolongadas intervenções na vida cotidiana, cultural e social do acompanhado. Para haver uma “construção” de algo importante, de acontecimentos e relações significativas para o paciente, de redes mais efetivas de relacionamentos e de produções eficientes de formas de vida, é necessário um processo terapêutico complexo e contínuo, constituído de ações diversificadas que vão ocorrendo e perfazendo um período de tempo prolongado.

O AT que propomos realizar, como uma terapêutica aplicada num setor de internação breve de atenuação de crise, adquire formas um pouco diferentes da que é realizada até então. Nesse caso, não detemos um período de tempo prolongado de intervenção, sendo que

essa deve ser breve e com objetivos muito específicos, que são facilitar a readaptação sócio-familiar do paciente, estabelecer vínculos mais eficazes com a sociedade e com serviços que propiciarão um processo terapêutico mais contínuo, de caráter ambulatorial e voltado para uma reabilitação psicossocial. Aqui, a proposta de implementação do AT dentro do programa de atendimento do SAM mostra-se relevante para preencher um hiato que detectamos no momento em que o paciente tem que voltar para o mundo após a internação integral, por isso a atuação, aqui, tem que ser mais pontual, diferente de um processo mais prolongado.

No entanto, esse fato não tira as propriedades intrínsecas da prática do AT, pois, mesmo nesse caso, a intervenção propicia uma certa conexão do sujeito com o mundo e com uma rede de relações que criam vínculos afetivos importantes para o paciente e possibilidades de produção de uma vida com sentido. Mesmo por meio de uma intervenção breve, o lugar que o paciente ocupa na família e no social vai sendo trabalhado nos encontros e os direitos sociais garantidos pelo exercício de sua cidadania, via acesso a organizações sociais e comunitárias e aos serviços e tratamentos na área de Saúde Mental.

Nesse sentido, para a efetuação de nossos propósitos da pesquisa, esse estudo teve como **objetivo geral a elaboração de uma proposta de implementação do Acompanhamento Terapêutico no Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto**, para integrar o programa terapêutico do Setor e responder a determinadas problemáticas apresentadas por alguns usuários, que dificultam sua alta hospitalar e sua integração em serviço de saúde mental comunitário.

Além disso, nosso estudo tem como **objetivos específicos: caracterizar os pacientes atendidos em Acompanhamento Terapêutico e os problemas vivenciados no processo; conhecer os fatores que motivaram a indicação do Acompanhamento Terapêutico; e identificar as dificuldades encontradas na realização da atividade do Acompanhamento Terapêutico.**

A seguir, no primeiro capítulo, apresentamos um esboço do percurso histórico do Acompanhamento Terapêutico, por meio de uma revisão da literatura que mostra o desenvolvimento dessa prática a partir de vários enfoques e experiências que delineiam sua aplicação e campo de atuação em construção como um recurso terapêutico na área da saúde, e no nosso caso, da saúde mental.

No segundo capítulo, abordamos o Acompanhamento Terapêutico como uma prática cuja finalidade essencial alinha-se com os objetivos da reabilitação psicossocial, ao mostrar um potencial importante nas ações para a inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

Após isso, apresentamos o percurso metodológico trilhado no estudo, no qual discorreremos sobre o tipo de estudo, o local da pesquisa, os sujeitos acompanhados, os procedimentos éticos que norteamos nossa prática e o trabalho de campo a partir da coleta, registro e análise dos dados.

O quarto capítulo trata dos resultados e discussão dos dados, no qual apresentamos os casos atendidos em Acompanhamento Terapêutico, fazemos uma caracterização desses pacientes e dos fatores que os levou a serem encaminhados para esse atendimento. Em seguida, abordamos as dificuldades apresentadas no processo que envolveu os atendimentos durante a pesquisa que foram percebidas nas áreas familiares, nas redes de relações sociais e nas esferas institucionais dos serviços de tratamento em saúde mental e nas relações sociais como um todo.

No momento seguinte, elaboramos uma proposta de implementação do Acompanhamento Terapêutico no Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

Por fim, nas considerações finais fazemos uma síntese dos principais aspectos discutidos, alguns pontos importantes sobre o processo de pesquisa e as tendências que apontam novas possibilidades de aplicação do AT como uma prática em construção.

1-ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: revisão da literatura

O Acompanhamento Terapêutico, enquanto campo de atuação reconhecido, surgiu na Argentina em uma comunidade terapêutica, de influência psicanalítica, denominada Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla (CETAMP), em Buenos Aires, no início dos anos 70. Era um grupo formado por profissionais com diferentes formações acadêmicas, organizado segundo os princípios das comunidades terapêuticas inglesas e que atendia pacientes psicóticos e fármaco-dependentes em momentos de crise e com história de vários tratamentos fracassados (REIS NETO, 1995).

A primeira obra publicada sobre a prática do AT consiste em um registro de duas psicólogas e acompanhantes terapêuticas do Centro, Suzana Mauer e Sílvia Resnizki (1987). As autoras relatam que a idéia que moveu a criação do acompanhante terapêutico foi a necessidade de abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida, tentando criar-lhes um “meio-ambiente terapêutico” e isso ocorria por meio da participação ativa dos acompanhantes terapêuticos nos vários grupos que os pacientes freqüentavam: família, escola, trabalho, entre outros. Inicialmente, essa função de acompanhante era chamada de amigo qualificado e, segundo as autoras, a mudança deu-se devido à delimitação e ao alcance do papel em que se retirou o conteúdo amistoso e preferiu-se acentuar o caráter terapêutico-assistencial da função do acompanhamento (MAUER e RESNIZKI, 1987).

Nessa época, o acompanhante terapêutico tinha muito mais a função de extensão e representação do trabalho da equipe terapêutica no ambiente de origem e familiar do paciente do que um trabalho mais específico no sentido proposto hoje, de uma intervenção clínica e propiciadora de transformações da realidade enclausurada em que se encontra o paciente no processo de desenvolvimento e convivência com a doença. O acompanhante terapêutico tinha a função de representar o terapeuta nos momentos em que este não pudesse estar presente, seria como que uma ampliação da ação do terapeuta, garantindo que seus

objetivos avançassem efetivamente para além do *setting* psicoterapêutico. O acompanhante terapêutico poderia ser tanto “o ouvido e o olho” do terapeuta sobre o paciente como o inverso também acontecia, ou seja, o acompanhante terapêutico deveria ajudar o paciente a compreender os conteúdos mobilizados durante a psicoterapia: “Algumas vezes o acompanhante terapêutico terá que ajudar o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta e, inclusive, deverá refazê-las.” (MAUER e RESNIZKI, 1987, p. 42).

Nesse momento, a especificidade da função do acompanhante terapêutico consiste num ‘estar junto’ ao paciente nos diferentes momentos de sua vida, como uma espécie de coletor de dados para a equipe e ainda não exerce uma ação de intervenção sobre o processo de vida do paciente, como se dá hoje (REIS NETO, 1995).

Segundo Sereno (1996), o amigo qualificado argentino chegou ao Brasil na década de 70, percorrendo dois trajetos. Em um deles, passa por Porto Alegre e pelo Rio de Janeiro e o outro chega diretamente a São Paulo. Em ambos os percursos realizados, essa prática foi trazida por psicanalistas argentinos de influência lacaniana, teorias de grupo-operativo e análise institucional. Em São Paulo foi criado o Instituto *A Casa*, em 1979, um hospital-dia e um centro de pesquisas das psicoses que forma a primeira equipe de acompanhantes da cidade.

Em um dos trajetos, o acompanhamento passa pela Clínica Pinel, de Porto Alegre, na qual é criada a figura do “atendente terapêutico”, que tinha a função de acompanhar o paciente em suas tarefas diárias, dentro da clínica. Influenciada pela equipe de Porto Alegre, surge no Rio de Janeiro a comunidade terapêutica Clínica Vila Pinheiro, em 1969, que funciona até 1976, e cria, por sua vez, o “auxiliar psiquiátrico” que, igualmente ao atendente terapêutico da Clínica Pinel, exerce a função de estar junto do paciente no dia-a-dia da clínica, incentivando a constituição de um “meio social” terapêutico dentro da visão preconizada pelas comunidades terapêuticas inglesas. Nesse momento, o acompanhamento se dá dentro da instituição, no dia-a-

dia vivido no interior das Clínicas, não tendo, como o intuito da prática atual, a busca de uma articulação profunda com o movimento social (REIS NETO, 1995).

Com o fechamento das comunidades terapêuticas no final da década de 70, os auxiliares psiquiátricos começam a ser solicitados por psiquiatras e psicanalistas para acompanharem alguns de seus pacientes particulares, para melhorar a aderência ao tratamento e evitar internações em hospitais. Ao mesmo tempo, assiste-se a um retrocesso histórico nas formas de atendimento psiquiátrico no Brasil. Com o retorno aos velhos hospícios, cresce, nas instituições psiquiátricas, a contenção farmacológica e violenta, o que restabelece as formas de atenção voltadas para o “leito psiquiátrico”, com a somatória crescente dos lucros dos empresários da loucura (IBRAHIM, 1991, p.45).

Portanto, o AT, a partir dessa época, passou a ser indicado para alguns pacientes, por alguns médicos e sustentado pelos familiares que não queriam internar seu membro adoecido nos manicômios. Contudo, o AT era indicado em momentos de crise e era dispensado quando essa passava. Posteriormente, o AT passa a ser indicado como um tratamento complementar ao do consultório. Nesse momento é que o acompanhamento passa para a rua (MAIA e PIRIM, 1997).

Entretanto, Reis Neto (1995, p.10) aponta para o fato de que, curiosamente, é justamente nessa passagem para a rua que o acompanhamento deixa o conteúdo, que o funda, de uma forma substitutiva a um atendimento psiquiátrico tradicional, para tornar-se um aliado dessas formas tradicionais, ligando-se às expectativas dos médicos que o contratam. E o autor argumenta que o acompanhamento passa de um momento “antipsiquiátrico” para um outro, que chama de “psiquiátrico” .

Ibrahim (1991, p.47) afirma que, nessa época, o AT cumpria a tríplice função de proteção, vigilância e contenção. Acrescenta que, sendo assim, o AT era de tudo um

pouco, um misto de enfermeiro, confidente, conselheiro, elo entre o terapeuta e o paciente, e ainda, “ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar”.

Nesse momento, o perfil do acompanhante aproxima-se de um mero executor das ordens médicas, direcionando sua ação para uma intervenção de contenção, mesmo que simbólica, por meio de uma pedagogia normatizadora (MAIA e PIRIM, 1997).

Felizmente, esse fato também vai ser propulsor de uma reviravolta no perfil e funções do AT pois, gradualmente, vai gerar uma crise na prática do acompanhamento. É quando começa a surgir, então, uma incompatibilidade entre o entendimento e as expectativas que tinham sobre o trabalho do AT. Isto é, de um lado, o saber e a prática médica; e, de outro, aqueles que o executavam, os auxiliares (REIS NETO, 1995).

Sob a perspectiva da prática médica, essa, espera do AT uma intervenção puramente objetiva, de contenção, normatizadora e moralizante. Sob a perspectiva dos acompanhantes, algumas questões vão problematizar a visão que tinham os médicos do acompanhar terapêutico, dentre as principais, o acompanhante não tem mais o enquadramento da instituição, valorizando agora o vínculo entre acompanhante-acompanhado; a dupla agora está na rua e vai entrar em contato com situações diferenciadas das vividas dentro da instituição; o acompanhante tem que se equipar melhor para essa nova atuação, explorando um potencial terapêutico contido na relação e na troca de intersubjetividades. Assim, esse processo vai gerar no at um questionamento de seu papel como normatizador e executor dos objetivos do saber médico e por meio de um movimento de discussão entre vários grupos de at sobre a prática profissional, esse movimento resultará no I Encontro de Acompanhantes Terapêuticos do Rio de Janeiro (1984), no qual a denominação de Acompanhante Terapêutico se oficializa (REIS NETO, 1995).

Em São Paulo, em 1981, foi criada a equipe de acompanhantes vinculada ao Hospital-Dia *A Casa* e em 1987, a equipe também oficializa o nome de Acompanhante

Terapêutico. Nessa época, o AT começa a adquirir a perspectiva com a qual a prática vem sendo construída, ou seja, uma prática de saídas pela cidade e pelos espaços variados que ela oferece, na utilização dos serviços que a sociedade dispõe, uma prática de reconexão com o mundo, com o movimento social, sua historicidade e captação de um potencial criativo e de transformação de si e do ao redor. Essa estratégia terapêutica, então, vem constituindo-se, quase sempre, como uma prática extramuros, no mais externo dos espaços terapêuticos existentes e completamente no interior da cultura (PORTO e SERENO, 1991).

Atualmente, tem-se uma nova tendência nas possibilidades que o AT pode ser desenvolvido que é a introdução dessa prática em serviços da rede pública de atendimento à saúde mental, principalmente em Centros de Atenção Psicossociais.

Pelliccioli⁶ realizou uma análise a partir de uma pesquisa desenvolvida no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental do município de Viamão, Rio Grande do Sul (RS), que consistiu na aplicação do AT para usuários desse Centro de Atenção e que culminou num estudo denominado “O Acompanhamento Terapêutico como nova tecnologia possível no município de Viamão”. O autor analisa alguns aspectos em relação ao trabalhador acompanhante terapêutico nesse processo. Ele redimensiona o campo de atuação deste profissional que, a partir dessa tendência do desenvolvimento do AT em serviços da rede pública, deixa de ter um enfoque direcionado apenas para uma intervenção na área da psicopatologia, passando a constituir-se como um dispositivo em saúde pública. O autor, ao problematizar conceitos de público e privado, apresenta uma concepção de AT em que, ao deixar a área exclusiva da psicopatologia, passa a ser uma prática da ordem do social, uma construção histórica, um projeto político, na medida que insiste no direito de usufruir os espaços públicos com sujeitos que foram, sistematicamente, excluídos desses locais.

⁶ O Trabalhador da saúde mental na rede pública: o acompanhamento terapêutico na rede pública. Produzido por Eduardo C. Pelliccioli. Banco de dados organizado por Alex Sandro Tavares da Silva. Disponível em <http://siteat.cjb.net>. Acesso em 25/01/2004.

Outro estudo interessante que aborda o AT nesse enfoque é decorrente de um programa de pesquisa desenvolvido pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁷, que consiste em um projeto de pesquisa, ensino e extensão voltado para atendimentos a psicóticos, dentro dos parâmetros da reforma psiquiátrica e fruto de um convênio entre o Instituto de Psicologia da Universidade e a Secretaria de Saúde de Porto Alegre, estendido à Secretaria de Educação, para escolas especiais do município. O projeto visa proporcionar essa prática terapêutica em serviços de atenção em saúde mental, levando em conta o sujeito implicado, reduzindo as influências de formas de tratamentos sob enfoque médico-hospitalar. O texto apresenta uma reflexão em que aponta o AT como uma alternativa que se coloca como uma construção de um espaço transicional e vai intermediar as referências institucionais e o acesso às vias públicas e compartilhadas com a cultura.

O texto, em questão, relata que o Acompanhamento Terapêutico permitiu uma aproximação com uma clientela, até então, arredia às formas tradicionais de tratamento psiquiátrico; permitiu uma transformação no interior das instituições, pois os acompanhantes traziam novas visões da população atendida, exigindo da equipe um reposicionamento frente às formas de tratamento tradicionais e também uma certa destituição de saberes já consagrados, e o reconhecimento de uma certa ignorância em relação a novas práticas que esses saberes esforçam para encobrir.

Palombini (1998), coordenadora da pesquisa desenvolvida anteriormente, elabora uma análise de alguns aspectos advindos desse estudo e apresenta uma questão interessante, na qual a autora se pergunta: se o campo da psicopatologia tem sua produção teórica a partir de observação clínica e sistemática engendrada dentro dos asilos, como ficaria uma psicopatologia descrita a partir do observatório do cotidiano, através da prática do Acompanhamento Terapêutico?

⁷ Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública de Serviços de Saúde Mental. [Universidade Federal do Rio Grande do SUL, Instituto de Psicologia]. Banco de dados organizado por Alex Sandro Tavares da Silva. Disponível em <http://siteat.cjb.net>. Acesso em 14/12/2003.

Para responder a essa questão, a autora mostra como alguns elementos vão se contrapor na medida em que as práticas terapêuticas saem para os espaços públicos. Como exemplo disso, cita o espaço e o tempo. Enquanto que, no asilo, o espaço é fechado sobre si mesmo e destacado do social, na prática do AT, o espaço é exterior, de intercâmbios e movimento. O mesmo se pode pensar sobre o tempo. Esse elemento, no asilo, é paralisado, congelado, sem passado, nem futuro. No entanto, o tempo fora de um hospital é dinâmico, é o da aceleração e da imediatividade, um tempo da tecnologia. Para a autora, o tempo para a prática do Acompanhamento Terapêutico é dado pela possibilidade de criação de um projeto, de algo a ser construído. Da mesma forma, nessa prática terapêutica, tem-se um “espaço potencial”, no sentido winncottiano, que é um espaço transicional que permite ao sujeito estar em contato tanto com sua estrutura psíquica, interna, quanto circular pelos espaços sociais, conviver e se realizar nas estruturas externas apresentadas pela realidade compartilhada.

Nessa perspectiva, Palombini (1998), ao examinar a função do acompanhante terapêutico em contextos clínicos da rede pública de saúde, propõe o Acompanhamento Terapêutico como alternativa de tratamento aos transtornos mentais em substituição à internação hospitalar. E propõe que o campo da psicopatologia, quando se defronta com práticas que extrapolam os muros, ocupam os espaços urbanos e se produzem na vida cotidiana, relativiza-se e os sintomas identificados como constituintes da doença modificam-se em condutas e atitudes bastante diferenciadas das observadas nas instituições, de tal forma que se observa que o AT, ao se realizar nos espaços públicos, de circulação social e de construção no cotidiano, informa sobre outros fenômenos que habitam e expressam os sujeitos acompanhados.

E conclui:

“A idéia é que, com os dados obtidos a partir deste projeto-piloto, se possa pensar na perspectiva da capacitação de recursos humanos da rede pública para o exercício sistemático da função de acompanhante terapêutico no contexto da rede de serviços de saúde.” (PALOMBINI, 1998, p. 50)

Ainda um outro texto retrata essa nova tendência na prática do AT⁸, produzida pela organização não governamental a *ATUA*- rede de acompanhamento terapêutico que oferece o atendimento de AT para usuários dos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo. A *ATUA* oferece AT nos seguintes serviços: Hospital-Dia Infantil (HDI) do Distrito da Mooca da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Hospital-Dia da Escola Paulista de Medicina; Centro de Reabilitação e Hospital-Dia (CRHR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HCFMUSC).

Portanto, de acordo com o que vimos nos relatos acima, acreditamos que, atualmente, há uma tendência ao crescimento da prática do Acompanhamento Terapêutico na rede pública de saúde e saúde mental, e que, essa estratégia pode constituir-se em uma ação importante no tratamento e reabilitação dos usuários dos serviços de saúde, para que estes possam recuperar capacidades de produção da vida no cotidiano. Esse será o assunto que abordamos a seguir.

⁸ Acompanhamento Terapêutico dentro da rede pública de saúde mental. Produzido por *Atua*-rede de acompanhamento terapêutico. Banco de dados organizado por Alex Sandro Tavares da Silva. Disponível em <http://siteat.cjb.net> Acesso em 14/12/2003.

2- ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: uma estratégia inclusiva.

Em diversas etapas desse texto mencionamos que a importância em se implementar a prática do Acompanhamento Terapêutico está no fato dessa prática conter, implicitamente, tanto em seu conteúdo teórico quanto em sua prática propriamente dita, as premissas daquilo que chamamos “Reabilitação Psicossocial”, dentro de uma perspectiva proposta pelo movimento das reformas psiquiátricas no mundo e no Brasil. Acreditamos que, nesse ponto, faz-se necessário uma reflexão, com o intuito de podermos definir melhor o que entendemos por Reabilitação Psicossocial e porque nos situamos nesse estudo, tomando como referencial teórico os marcos e as reflexões relacionados com o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, e como opção de trabalho, no serviço de saúde mental, pautado numa prática de reabilitação que, esperamos ser, verdadeiramente, de conteúdo psicossocial.

Barros (1991) faz uma reflexão sobre as instituições de reabilitação e focaliza, no cenário do atual sistema de saúde, a aplicação de um conceito de reabilitação dimensionada apenas dentro de um universo técnico contrapondo-se ao universo social, antropológico e político em que se inserem os conflitos e as crises cotidianas vividas pelos usuários do sistema de saúde. No entanto, ela valoriza soluções locais em que entram em cena diversos saberes, além do técnico-científico, envolvendo diferentes atores (técnicos, familiares, usuários, comunidade, entre outros).

A mesma autora, fazendo um histórico da noção de reabilitação, remete-nos à organização das sociedades ocidentais e ao universo ético proposto pelos princípios da Revolução Francesa e reatualizados pela Declaração dos Direitos Humanos. Com isso, temos o Estado de Direito no qual está inserida a noção de cidadania estendida a toda a sociedade, ou seja, o acesso à produção da vida social e política e aos bens sociais passa a ser um direito adquirido por todo e qualquer indivíduo de qualquer grupo ou seguimento social. Porém, essa

ideologia constituída no primeiro mundo, quando “exportada” para “os países abaixo da linha do equador”, vai ter efeitos diferentes e parciais em relação àqueles de origem. No caso brasileiro, segundo a autora, o Estado de Direito nunca foi, realmente, implantado, sendo mais do universo da retórica do que de uma efetiva aplicação: “O princípio da universalização dos direitos e equidade de acesso aos serviços foram muito recentemente incorporados ao nível do discurso, sendo atualmente previsto na nova Carta Constitucional.” (BARROS,1991, p.101).

Se, no Brasil, como afirma a autora, vivemos num estado de “pré-cidadania”, que marca as relações sociais e dificulta as vias de acesso aos direitos elementares do cidadão (tais como trabalho, salário digno, qualidade de vida, entre outros), a população que necessita de assistência e ajuda para voltar a produzir sua vida socialmente tem, ao seu dispor, instituições de reabilitação que funcionam dentro de uma lógica técnico-científica, detentora do saber, destituindo o usuário do saber e do poder de decisões. Em suas palavras:

“Neste quadro, toda mudança é pensada nos termos propostos pelas inovações técnico-científicas e, desta forma, um único ator entra em cena e recita pateticamente o atual e desinteressante “monólogo do especialista”” (BARROS, 1991, p. 102).

Isso nos remete a uma análise da forma predominante em que a assistência, principalmente na saúde mental, se organiza. A atenção se dá por meio de um enfoque centrado na enfermidade e nas manifestações sintomáticas e, portanto, a intervenção correspondente é assentada em uma atuação médico-medicamentosa que se sobressai sobre outras práticas terapêuticas, mesmo tendo os serviços, em sua maioria, o funcionamento constituído a partir de uma equipe multidisciplinar. A consequência disso é que temos, atualmente, os tratamentos centrados na administração de medicamentos, remissão relativamente rápida dos sintomas, mas o usuário re-interna freqüentemente, permanece, em muitos casos, excluído dos processos de produção social da vida, sem trabalho ou atividade significativa, permanecendo em sua casa e

em sua comunidade, segundo freqüentes relatos de usuários e família, passando os dias ociosamente por meio de uma existência destituída de sentido.

Ao trabalhar, em uma unidade de atendimento em saúde mental, presenciamos essa realidade com bastante freqüência. Com isso, não queremos dizer que o medicamento seja dispensável. Acreditamos que a medicação, em determinados momentos, principalmente aqueles de intensa crise, é a única forma de alívio de manifestações de intenso sofrimento mental, no entanto, vemos que só o medicamento não é suficiente para que o usuário do serviço de saúde mental possa apossar-se de uma vida com uma produção real de sentido existencial e social dentro da realidade compartilhada. Em outras palavras, o medicamento por si só não devolve a cidadania ao sujeito de direito. Também a ocupação dita terapêutica pode constituir, nas palavras de Benedetto Saraceno (1999), uma “empulhação”, por meio da qual o paciente fica num fazer interminável de cinzeiros, quadros, tapetes e outros objetos sem, contudo, esta ação vir a representar alguma transformação real em sua qualidade de vida. Por isso é necessário algo mais para ajudar essa pessoa a adquirir habilidades e competências para poder participar dos processos de produção de bens e trocas sociais.

Saraceno (1996, 1998,1999) mostra alguns modelos de reabilitação e suas limitações devido ao fato desses modelos permanecerem presos a uma concepção de reabilitação ligada à aplicação de determinadas técnicas e afirma que um processo de reabilitação não está ligado, necessariamente, a uma determinada técnica e sua aplicação, mas é, antes, algo relacionado a uma determinada forma de organização dos serviços e dos atores que entram em cena, envolvendo não só o profissional e o usuário do serviço, mas toda a comunidade.

Essa concepção implica em uma mudança de toda a política dos serviços de saúde mental e dos programas, por meio dos quais tais políticas se aplicam. (SARACENO, 1996).

Nesse sentido é que o autor pensa a reabilitação psicossocial, não como uma técnica, mas como “estratégia” que promova relações, que recupere, no sujeito, sua capacidade de gerar sentido, restabelecendo sua contratualidade social (SARACENO, 1998).

Ana Pitta (1996) também reafirma o mesmo ponto de vista e, ao fazer um panorama histórico da reabilitação psicossocial no Brasil, pontua que a reabilitação é menos um conjunto de técnicas do que um processo em movimento, no qual são os contextos que possuem real importância. Argumenta ainda que se existisse uma técnica, esta teria que reunir, de todas as técnicas, aquilo que mais respondesse às necessidades dos pacientes, utilizando, ao máximo, as oportunidades e recursos do contexto.

Por meio do conceito de “alternatividade”, como modo de ser de uma dada realidade que se contrapõe na forma de uma contradição, Costa-Rosa (2000) analisa dois modos de atenção em saúde mental que, por serem contraditórios, são alternativos, pois suas constituições essenciais são opostas entre si: o modo asilar e o modo psicossocial. Afirma que o modo psicossocial se configura como um paradigma alternativo ao asilar, ao ter sua base nas práticas da reforma psiquiátrica, que tem se refletido em mudanças no que diz respeito à organização institucional, na composição das equipes, na definição do seu objeto de intervenção, nas formas de relacionamento com os usuários e na dimensão ética.

Ao comparar os dois modos dentro dos campos teórico-técnicos, jurídico-político e sócio-culturais, ele sublinha as características do modo psicossocial como aquele que vai olhar o homem em sua diversidade biopsicossocial, reposicionar o sujeito como agente produtor e transformador, propiciar inserção social, organizar instituições com organização horizontal, interdisciplinaridade, participação da comunidade e singularização do sujeito.

O autor afirma que o que coloca o modo de atenção psicossocial como diametralmente oposto ao modo asilar é que essa forma de atenção (psicossocial) é a praticada

em uma modalidade institucional que tem a característica de poder recriar formas mais democráticas de relações sociais, o que provoca o exercício de relações intersubjetivas, dialógicas e horizontais.

Segundo Costa-Rosa (2000), o modo psicossocial, quanto às concepções de objeto, é aquele que atribui toda a importância ao sujeito, mobilizando-o como participante principal no tratamento e visando que se administre. Como meios de trabalho, o modo psicossocial desloca-se do pólo técnico-científico (asilar) para o “ético-estético”, no qual os movimentos construídos sejam interdisciplinares, englobando a dimensão do simbólico (psíquico e sócio-cultural) em oposição ao modelo orgânico, no modo asilar.

No que diz respeito às formas de organização institucional, o autor salienta que, enquanto as modalidades asilares são verticais ou piramidais, poucos mandam e muitos obedecem. Nas modalidades psicossociais, contudo, há uma descentralização e horizontalização do poder, principalmente em relação à participação popular, com a criação de conselhos e co-gestão e as formas de sociabilidade são dialógicas. O relacionamento com a clientela sai de uma posição de interdição, relações tutorizadas e agenciadas pelos técnicos, levando ao mutismo e à imobilidade dos clientes em uma situação asilar, e alinha-se a uma posição em que os espaços são de interlocução, livre trânsito, funcionamento segundo os princípios da integralidade, tanto territoriais quanto no ato terapêutico propriamente dito. Em termos éticos, se o modo asilar funciona para a adaptação às formas dominantes de expressão e realização social, para o modo psicossocial, a supressão sintomática não é a principal meta do tratamento, mas um certo reposicionamento do sujeito, no qual o que conta é a dimensão subjetiva e sócio-cultural. Portanto, o tratamento passa a ser singularizado, implicando o indivíduo em sua dimensão subjetiva, sócio-cultural e histórica.

Se reportamo-nos à literatura que descreve e concebe as principais propriedades e especificidades do Acompanhamento Terapêutico, vemos que os objetivos,

princípios e finalidades são semelhantes aos descritos quando relacionamos formas de tratamento, atenção e reabilitação psicossociais.

Porto e Sereno (1991), como integrantes da equipe de acompanhantes terapêuticos do Instituto *A Casa*, descrevem o AT como sendo uma intervenção que reconecta o sujeito no circuito social, alinha o mundo psicótico na cultura, encontrando espaços nos quais o sujeito, com suas manifestações idiossincráticas, possa expressar-se e habitar, reconstrução da história pessoal, o que implica na construção de acontecimentos que coloquem o acompanhado como sujeito de sua própria história, criação de articulações que levem o paciente a se colocar como um sujeito atuante e exercer sua potencialidade vital.

Barretto (1998) salienta que um dos principais objetivos do AT, dentro de uma visão winnicottiana, é propiciar um vínculo terapêutico no qual o cliente possa inscrever sua subjetividade na realidade compartilhada e repersonalizar-se, através de um desenvolvimento para uma existência verdadeiramente criativa e não adaptativa em relação à cultura.

Pelliccioli (1998), ao enfatizar que o AT não é um mero deslocamento físico-geográfico, argumenta que o movimento que o acompanhamento cria tem como meta principal um “redimensionamento subjetivo, pessoal e vital” (PELLICCIOLI, 1998, p. 39).

Palombini (1999) fala do Acompanhamento Terapêutico como uma ação não institucionalizada, definindo-a como prática itinerante. Ao coordenar um trabalho de AT em um serviço de saúde mental da rede pública, coloca como, em muitos momentos, essa intervenção contrapunha-se às práticas institucionais do serviço. Além disso, mostra como o AT surgiu em decorrência de novas formas de cuidado terapêutico, advindas dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo.

Contra a idéia de uma terapêutica que se apóie em uma ação de adaptação normativa, Belloc (1998) sustenta que o AT é uma prática clínica que, a partir dos espaços descentrados, nos quais exerce sua intervenção, produz acontecimentos que mudam a lógica compartilhada nas concepções vigentes a respeito do “ser louco” . Afirma ainda, ao utilizar-se da rua como espaço terapêutico, que o AT possibilita ao sujeito “a tomada de uma outra integração possível no contexto social.” (BELLOC, 1998, p. 19).

O Acompanhamento Terapêutico é uma pratica de trocas, em que os intercâmbios sociais estão na base de todos os acontecimentos que se dão e são construídos nos encontros dos acompanhamentos. Também é uma prática interdisciplinar sem demarcações territoriais de saberes ou excesso de identidades, como lembra Saraceno (1999). Promove a saúde no mais aberto dos espaços, ou seja, transita pela cidade e apropria-se dela como lugar de habitação e convivência coletiva, como campo das negociações e de exercício de nosso poder de contratualidade social e cidadania.

Nas palavras de um acompanhante terapêutico:

“Quando acompanhamos, estamos nos lançando – nós e nossos pacientes – ao inédito. Outra característica da prática do AT enquanto disparador de mudanças. Somos lançados àquele inédito que perturba e provoca uma invenção....Tratam-se, então de buscas criativas de existências nos espaços sociais: intervenção no cotidiano que possibilita ao paciente ampliar as relações com o mundo.” (VIGNOCHI, 1998: P. 64)

Com essas reflexões é que nos baseamos para pensar o Acompanhamento Terapêutico, enquanto uma prática que provoca um movimento de encontro e concordância com a visão de uma atenção psicossocial, uma reabilitação dimensionada, como um conjunto de práticas e estratégias que vão ajudar o sujeito a recuperar sua capacidade de gerar sentido,

procurando meios pelos quais ele possa recuperar sua contratualidade social, seu direito de participar dos processos de produção material e social da vida, enquanto cidadão.

Mas, por que o Acompanhamento Terapêutico especificamente? Acreditamos que essa forma terapêutica, para além de uma simples técnica, é uma intervenção que possibilita a construção de uma vida com significado, através de uma ação para fora dos espaços institucionais, com uma ação transformadora no âmbito social.

As iniciativas de abertura das portas dos manicômios forneceram a criação de diferentes territórios para encadear os fenômenos vividos a partir do sofrimento mental, no mundo, e abriu-se uma chance de libertar a loucura de sua existência como enfermidade. Para isso, construiu-se mediações, instituições e alternativas de saúde e sociais que criassem possibilidades reais de vida não doente. De acordo com Rolnik (1997), o Acompanhamento Terapêutico tem sua genealogia inscrita nesse processo. A autora atribui ao AT a possibilidade de criação de paisagens que vão se deixar habitar por outras formas de relacionamento com as manifestações mentais:

“(...)o AT circulará nas adjacências dos vários territórios da clínica de saúde mental, ocupando os espaços vazios que existem entre eles; nesses intervalos, construirá modos de existência não doente(...)” (ROLNIK, 1997:p. 84)

Rolnik (1997), ao afirmar o AT como processo incessante de mutações, tende a convulsionar os espaços instituídos, produzindo a exploração de possibilidades híbridas. O Acompanhamento Terapêutico cria novas formas de existência, novos modos de subjetivação, possibilidades de movimento temporal, com a apresentação do projeto de um futuro e reorientações espaciais.

Pitiá e Santos (2005) mostra que o caminho teórico-prático que cerca os estudos e a prática do Acompanhamento Terapêutico aponta sempre para um movimento inverso ao da exclusão social e mais que isso, os meios que utiliza, no acompanhar, sempre possibilitam um movimento de inclusão. Lembra, ainda, que, na literatura e na prática do AT, as principais diretrizes citadas em vários trabalhos são: prevenir a cronificação e institucionalização, a não alienação dos processos sociais, o resgate da cidadania, inserção na coletividade e preservação das diferenças individuais e potencialidades.

Barretto (1997) aponta, de forma semelhante, para a mesma direção. O autor afirma que o Acompanhamento Terapêutico nasce de uma concepção, na qual a terapêutica exercida não retira o sujeito de seu convívio social e que, a todo o momento, leva em consideração a cidadania e a humanidade do sujeito que sofre ao resgatar um significado e sentido para sua vida. Além disso, o Acompanhamento Terapêutico vai ao encontro das tendências atuais de cuidado terapêutico, para as quais a dimensão do cotidiano e as vivências reais da pessoa representam o enfoque central de intervenção (BARRETTO, 1997, p. 250).

Pensamos que acompanhar o paciente no lugar em que sua capacidade de gerar sentido existencial interrompeu-se devido ao adoecimento, possibilita uma ação construtiva no sentido da recuperação dessa capacidade. Portanto, a implementação do AT como mais uma possibilidade de atenção aos usuários do SAM constitui um salto qualitativo importante para o programa terapêutico desse serviço.

3- PERCURSO METODOLÓGICO

3.1- Tipo de Estudo

Os elementos e aspectos presentes no estudo desenvolvido por nós, dizem respeito e estão relacionados, intrínseca e diretamente, aos seres humanos. Assim temos, como objetivo, elaborar uma proposta de implementação de uma estratégia terapêutica, o Acompanhamento Terapêutico, em uma unidade de internação a pessoas com transtorno mental. Para tanto, realizamos determinados procedimentos que trabalham, diretamente, processos e relações que envolvem aspectos ligados ao universo subjetivo das existências humanas.

Nesse sentido, de acordo com nosso objetivo, realizamos intervenções terapêuticas com determinados usuários e a questão que decorre disso é que, além de um estudo que visa apreender o universo que envolve as pessoas da pesquisa, desenvolvemos uma relação com o pesquisado, o que aconteceu dentro de um campo terapêutico. Desta forma, o estudo realizado por nós ocorreu num processo imerso em uma relação de intersubjetividades, em que não temos somente uma postura de observação e coleta de dados, mas, uma ação recíproca de interferências entre o paciente e o terapeuta-pesquisador, intrínseca à relação terapêutica.

Outro fator importante que está na base de nossa escolha por determinado caminho metodológico é que em todo o processo, envolvido nesse estudo, o elemento humano foi o pilar central e, como tal, esse elemento é histórico. Portanto, os sujeitos e as relações que investigamos fazem parte de uma realidade social, inseridas num determinado momento e processo históricos e determinadas por redes de relações sociais específicas e gerais, também dadas historicamente.

Sendo assim, a nossa dissertação caracteriza-se por ser um estudo de caso, exploratório- descritivo, com abordagem qualitativa dos dados.

Outra visão, importante nesse sentido, resgata o conceito de “intersubjetividade” como uma relação de comunicação de universos culturais entre pesquisado e pesquisador, o que condiciona o processo do conhecimento e, portanto, manifesta a necessidade de incluir-se o contexto no qual é feita a pesquisa. Por meio da noção de “historicidade” aponta essa dimensão como o que permeará todas as relações de pesquisa e construção do saber (COSTA, 2002).

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa que procura tomar a unidade estudada em toda a sua abrangência e complexidade. “(...)É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente.” (TRIVIÑOS, 1987, p.133). O autor se refere ao fato de que, no estudo de caso, as hipóteses e esquemas de indagações não estão completamente estabelecidos e, na medida em que a complexidade do assunto aumenta com o aprofundamento do exame sobre a unidade estudada, esses elementos se delineiam.

O estudo de caso caracteriza-se, ainda, por poder tomar um caso como unidade significativa do todo, tanto por meio de uma análise crítica de uma experiência, assim como ao propor uma intervenção ou uma ação transformadora (CHIZZOTTI, 2003).

A abordagem qualitativa apresentou-se como suporte para o nosso estudo, pois, de acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa aplica-se a situações nas quais o objeto de pesquisa não pode ser apreendido por meio de dados operacionalizáveis em sistemas de variáveis, dentro de uma realidade quantificada. A pesquisa qualitativa opera em um nível de realidade em que o que se trabalha são processos e relações que integram a ordem dos significados, das motivações, aspirações, idealizações, crenças, valores, atitudes, que correspondem a um plano mais profundo dos fenômenos e processos que não se reduzem a eventos apreendidos de uma região do visível e do quantificável.

Além disso, essa abordagem propõe uma racionalidade que explica a realidade social e humana a partir de critérios e dados precisos e objetivos que não podem ser quantificados e generalizados, ao colocar a subjetividade como fundamento da organização humana e constitutiva do social e, portanto, inerente à construção do conhecimento nas ciências sociais e humanas (MINAYO, 1992).

3.2- O local da pesquisa

Realizamos a investigação no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, que presta serviço para a rede estadual da saúde mental pertencente a região coberta pela Direção Regional de Saúde XVIII (DIR XVIII), composta por 25 municípios.

O SAM tem capacidade de trinta leitos de internação integral para pacientes psicóticos em processo de crise aguda da doença, encaminhados pelos serviços comunitários de saúde mental de Ribeirão Preto e região, das Unidades Básicas de Saúde da DIR XVIII, da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por dois médicos psiquiatras e um clínico, duas enfermeiras, dezessete auxiliares de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, duas assistentes sociais, um professor de educação física, seis auxiliares de serviço de saúde e um cabeleireiro.

O projeto terapêutico desenvolvido inclui tratamento para atenuação da crise e remissão de sintomas, por meio de intervenções medicamentosas e psicoterapêuticas. Envolve, ainda, orientação em relação às necessidades implicadas no processo integral dos tratamentos

envolvidos, no sentido de incentivar a aderência e a vinculação ao processo posterior de reabilitação em serviço comunitário de saúde mental pós-internação e orientação familiar.

O programa das atividades terapêuticas desenvolvidas está descrito a seguir:

- Grupos terapêuticos: operativos, terapêuticos ocupacionais. São grupos nos quais são trabalhados os problemas relacionados ao processo do adoecimento, sentimentos gerados na experiência vivida, conflitos vividos, conscientização e perspectivas para o pós- alta.
- Oficinas terapêuticas: grupo de arte e expressão livre, grupo de expressão verbal, e oficina de arte. São trabalhados aspectos cognitivos, de expressão, criatividade, valorização pessoal, capacidade de planejamento e execução, habilidades variadas, autoconfiança, de autoconhecimento, exibição e discussão de filmes (temáticos ou de entretenimento), aspectos da vida prática e diária, entre outros.
- Atividades físicas: caminhadas, atividades esportivas, jogos e recreação.
- Atendimento individual em equipe: entrevista de entrada e reuniões com a equipe e o paciente individualmente, nas quais são trabalhadas dificuldades gerais, medicação, orientação, acolhimento e avaliação diagnóstica.
- Reuniões de família: reuniões com a família e a equipe durante o período de internação, em que são trabalhados aspectos tais como orientação familiar, problemas e dificuldades sentidas em relação ao adoecimento de um membro da família.
- Visitas domiciliares: podendo ser com a presença do paciente (visita assistida) ou somente por membros da equipe. Nessas visitas, procura-se conhecer melhor o ambiente sócio-familiar do usuário, detecção de problemas que podem dificultar a reabilitação do usuário, organização do ambiente domiciliar e orientação.
- Atividades musicais e festivas: sociabilização, bem-estar, relaxamento e outros aspectos.

- Passeios externos: eventos, exposições, lugares de passeios públicos, parques e outros locais. São trabalhados aspectos sobre a cultura, formas de lidar com o social e com o público. Aqui já são delineados alguns aspectos próprios ao AT.
- Altas-licenças: estratégia desenvolvida pela equipe do setor para avaliar se o paciente se encontra mais adaptado à realidade compartilhada e se os riscos envolvidos motivadores da internação foram atenuados. As altas-licenças são períodos em que o paciente vai para casa, permanece, no período combinado, com a equipe e, após isso, retorna ao hospital para uma avaliação. Nos casos em que o usuário respondeu bem às relações sócio-familiares, apresentou melhoras em relação ao quadro sintomático e aderiu bem ao tratamento, ele obtém a alta definitiva e o encaminhamento ao serviço de referência para continuidade do tratamento e reabilitação. Nas situações em que são verificados problemas no período de alta-licença, o paciente permanece internado no hospital por mais um tempo até tentar-se uma nova alta-licença.
- Reuniões de equipe: discussão do trabalho de forma geral, retirada de estratégias institucionais e setoriais relacionadas ao trabalho nessa unidade de internação.
- Reuniões de planejamento terapêutico e discussão de casos: discussão e retirada de estratégias e construção de projetos terapêuticos para cada paciente internado.

Essas atividades são realizadas durante o período de permanência do usuário em internação no setor, que pode perfazer um período de, aproximadamente, quinze dias de internação.

3.3- Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos selecionados por nós para esta pesquisa foram dez pacientes internados no SAM e que tinham indicação para o Acompanhamento Terapêutico⁹.

A indicação foi efetuada pela equipe multidisciplinar na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, e selecionados os usuários que contemplassem os seguintes critérios:

- Apresentar uma problemática sócio-familiar e/ou baixa aderência ao tratamento em serviços comunitários de saúde mental.
- Manifestar quadro sintomatológico grave, de difícil remissão de sintomas e com risco de recidivas da crise aguda após a alta hospitalar.
- Apresentar a necessidade de vinculação em atividades no social, em serviços de saúde mental de caráter ambulatorial, comunitários ou de semi-internação e em redes de relações sociais.

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, definimos a amostragem a partir do critério de representatividade e buscamos envolver a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões.

3.4- Procedimentos Éticos da Pesquisa

Como nossa pesquisa envolve seres humanos, encaminhamos o projeto de pesquisa, juntamente com o formulário da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, para serem apreciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

⁹ A caracterização dos usuários indicados para Acompanhamento Terapêutico será feita no capítulo de Resultados e discussão dos dados.

Universidade de São Paulo. O projeto de pesquisa obteve aprovação na Reunião Ordinária realizada no dia 15 de dezembro de 2004, sob o número do protocolo 0492/ 2004 (ANEXO).

Com o consentimento da diretoria técnica do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e da gerente do Setor de Agudos Masculino, apresentamos o projeto de pesquisa à equipe multidisciplinar do SAM. Discutimos sobre o que consistia o estudo proposto, quais os objetivos, técnicas de pesquisa utilizadas, no caso, a observação participante desenvolvida por meio dos atendimentos em Acompanhamento Terapêutico e os registros em diário de campo das informações contidas no prontuário do paciente, de informações colhidas durante realização das reuniões de equipe, de planejamento terapêutico e discussão de casos e de família.

Com a aprovação da equipe técnica do SAM, passamos a discutir, em reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, o encaminhamento dos casos para o Acompanhamento Terapêutico.

Após os procedimentos acima descritos, discutimos com cada usuário encaminhado ao AT sobre o projeto terapêutico sugerido pela equipe, os objetivos, o pertencimento desses atendimentos a um projeto de pesquisa e a utilização dos dados, obtidos na pesquisa, para fins científicos. A partir da concordância do usuário em participar de todo o processo proposto, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), assinado pelo paciente e por seu familiar.

Por meio da apresentação do Termo, asseguramos ao paciente e a seus familiares o sigilo das informações, o anonimato, a condição de assinarem o Termo de livre e espontânea vontade, sem nenhum tipo de convencimento ou promessa, bem como o direito de desistirem de participar durante qualquer etapa da investigação, sem prejuízo algum para a continuidade de seu tratamento no Setor de Agudos Masculino.

Para a plena garantia de sigilo das informações e anonimato, identificamos os sujeitos por meio de nomes retirados de personagens e autores de um livro que reúne novelas alemãs e os casos receberam um número por ordem de atendimento.

Além disso, manifestamos respeito às crenças e expressões culturais dos usuários e família, asseguramo-lhes o direito de acesso aos dados e participação na elaboração do projeto terapêutico proposto, e ainda, nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

3-5- O Trabalho de Campo

3.5.1- Coleta de dados

A técnica de pesquisa que elegemos para a coleta de dados foi a observação participante. Além disso, recorreremos a outras fontes, tais como dados colhidos em relatórios clínicos e do Serviço Social, contidos no prontuário do paciente; informações coletadas durante nossa participação nas reuniões de equipe; reuniões de planejamento terapêutico e discussão de casos; e reuniões de família.

A observação participante, técnica de coleta de dados utilizada por nós, tem, como propriedade fundamental, a condição de estar no ambiente social do pesquisado, participando de seu universo cultural e vida cotidiana. Nesse sentido, o observador faz parte do contexto observado, modificando e sendo modificado na relação de pesquisa (VÍCTORA et al., 2000). A vantagem dessa técnica está no fato de que, por meio da observação direta, é possível a captação de aspectos do fenômeno observado que não seriam mencionados via outros meios de coleta de dados (MINAYO, 1994).

No nosso estudo, a observação foi desenvolvida durante os atendimentos em Acompanhamento Terapêutico que realizamos com os usuários nas seguintes situações: na casa

do sujeito; no Hospital, durante a internação; em espaços públicos; organizações sociais da comunidade; em serviços comunitários de saúde mental do município e municípios vizinhos da região administrativa em questão.

A observação participante privilegia o olhar sobre o sujeito em seus aspectos pessoais e cotidianos, propicia observar “(...) as ações e suas significações, os conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, e as atitudes e os comportamentos diante da realidade” (CHIZZOTTI, 2003, p. 90).

Dessa forma, evidenciamos, por meio da observação, importantes aspectos relacionados ao contexto familiar e social dos pacientes, as relações e trocas sociais em que estão imbricados, a relevância dos elementos do cotidiano como fornecedores de conteúdos terapêuticos e a importância de uma ação localizada no ambiente de origem do paciente.

Realizamos dez Acompanhamentos Terapêuticos¹⁰, com um total de 26 atendimentos que, a depender do caso, variou de 1 a 7 encontros e/ou saídas. No entanto, em um dos casos, além dos 3 atendimentos pertencentes ao AT propriamente dito e já computados nos números apresentados, realizamos um acompanhamento intensivo e quase diário no próprio Hospital, durante 1 mês e 20 dias, antes de iniciarmos o projeto do AT proposto pela equipe.

Como mencionado anteriormente, a indicação e o encaminhamento dos casos para o AT foi feito pela equipe multidisciplinar do SAM e os atendimentos foram discutidos e avaliados na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos.

O paciente selecionado era informado sobre os motivos que levaram a equipe a encaminhá-lo para essa atividade, bem como sua família, em caso de concordância com o projeto proposto.

¹⁰ Os critérios para o encaminhamento desses pacientes para Acompanhamento Terapêutico, pela equipe do Setor de Agudos Masculino, serão apresentados e discutidos mais adiante, no item Apresentação dos resultados e discussão.

Em seguida, combinávamos, juntamente com o acompanhado, o tratamento em si, as estratégias para atingirmos os objetivos, os locais que apresentavam maior relevância para ele de acordo com a demanda pessoal manifestada. Essas demandas variaram entre retomar cursos ou atividades interrompidas devido ao adoecimento, engajar-se em atividade produtiva ou profissional, ou mesmo integrar-se em grupos sociais, tais como clubes, organizações ou associações comunitárias que pudessem oferecer atividades de interesse pessoal, como cursos de informática, desenho, jardinagem, entre outros.

Após estabelecermos um plano de atuação, passamos a tratar de algumas questões administrativas para viabilização dos atendimentos.

A primeira providência que tomamos foi uma solicitação por escrito ao Serviço de Frota de Veículos Oficiais do Hospital, era entregue com, pelo menos, três dias de antecedência à saída com o paciente, ou com nossa ida à sua casa. As dificuldades sentidas em relação a esse setor relacionam-se a problemas mecânicos apresentados pelos veículos e com a disponibilização de ambulância ao invés de carros. Quanto a esse último, pudemos solucionar, após o esclarecimento do diretor responsável pelo setor, da importância do carro na circulação com o paciente pelos espaços públicos.

Nos atendimentos que iniciamos durante a internação hospitalar, ou seja, quando não em alta-licença, solicitamos à equipe de enfermagem algumas ações, tais como providenciar a medicação, a higiene e o vestuário do paciente.

Realizamos os atendimentos nos seguintes locais: na casa dos pacientes, em organizações sociais da cidade e nos serviços comunitários de saúde mental. As organizações sociais que visitamos e que oferecem oportunidades de atividades sócio-culturais são: Serviço Social do Comércio (SESC); Serviço Social da Indústria (SESI); Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC); Oficinas Culturais da Casa da Cultura da Prefeitura

Municipal de Ribeirão Preto; Casa da Cidadania (Organização não governamental); Centro de Formação Profissional da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; e Centro de Convivência do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

Os serviços de caráter ambulatorial ou de semi-internação a que recorremos, ou fizemos contato são: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial para dependentes em álcool e drogas (CAPS ad); Ambulatório de Saúde Mental de Sertãozinho; Grupo Terapêutico para portadores de transtorno afetivo bipolar do Hospital-Dia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (CSE).

3.5.2- Registro dos dados

Os dados registrados para a pesquisa, foram obtidos a partir dos atendimentos em Acompanhamento Terapêutico que realizamos, das informações clínicas e sociais do prontuário do usuário, das reuniões de equipe e planejamento terapêutico e das reuniões com familiares e paciente. Essas informações vão compor o que chamamos o diário de campo.

O diário de campo, descrito na literatura das ciências sociais, teve seu uso inicial nos registros etnográficos e em trabalhos da Antropologia. Refere-se a um registro pessoal do pesquisador que contém, além dos dados obtidos em observação e um fichário das pessoas envolvidas na pesquisa, impressões, sentimentos, elementos subjetivos despertados no observador a partir das relações interpessoais estabelecidas nos momentos da pesquisa de campo (VÍCTORA et al, 2000).

A descrição do material que obtivemos nos atendimentos em AT foi registrada de tal forma que, cada paciente foi identificado por um nome fictício e o caso,

associado a um número. O dados dos acompanhamentos foram registrados, por nós, exatamente após o término de cada encontro com os acompanhados e contém a descrição minuciosa de todos os acontecimentos e fatos observados durante o acompanhamento, bem como registramos os dados colhidos por meio de fontes complementares (as reuniões já citadas e dados contidos em prontuários), logo após sua realização.

Triviños (1987) aponta a importância para que as anotações de campo contenham, além dos dados objetivos imediatamente observados, reflexões do observador, as inquietações sobre fatos observados ou que apresentem algum tipo de indagação, ou ainda uma idéia qualquer que mereça ser lembrada.

Portanto, podemos organizar os dados registrados durante a pesquisa em três blocos: o material que observamos nos atendimentos; as informações que colhemos por meio de relatórios contidos em prontuário do paciente e em reuniões realizadas pela equipe do SAM, já mencionadas no item anterior; e, por fim, nossas reflexões e impressões pessoais durante todo o processo que envolveu o AT.

No que diz respeito aos atendimentos, realizamos as seguintes anotações: descrição completa dos atendimentos; percepções das ações cotidianas e habituais do acompanhado e seus entes familiares; observações dos relacionamentos interpessoais do acompanhado com a família, vizinhos e comunidade; dinâmica familiar e inserção do acompanhado dentro dela; relação estabelecida com a acompanhante, acompanhamento e o mundo.

Com relação ao segundo bloco das informações que registramos, temos as seguintes anotações que colhemos do prontuário do paciente: dados pessoais (como nome, idade, profissão, escolaridade); diagnóstico; histórico das internações anteriores; constituição familiar e inserção do acompanhado na família; relatórios clínico e psiquiátrico; relatórios do

serviço social e psicológicos . Anotamos, igualmente, as discussões decorrentes de reuniões de família efetuadas pelo serviço, das reuniões de planejamento terapêutico e discussão de casos, e das reuniões de equipe efetuadas pelo setor em relação ao paciente acompanhado.

Como a literatura tem nos mostrado a importância, anotamos, igualmente, as impressões, sentimentos, reflexões e idéias que surgiram no decorrer dos atendimentos, em relação a todo e qualquer fato relacionado ao ambiente familiar, do vínculo terapêutico estabelecido e do encontro das subjetividades. Finalmente, o contexto no qual os acontecimentos se desencadearam e ordenaram os fatos significativos.

3. 6- Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada, por nós, a partir do conteúdo registrado dos atendimentos realizados com os usuários da pesquisa, do material contido no prontuário dos pacientes e das informações que obtivemos, por meio de nossa participação nas reuniões de equipe, reuniões de planejamento terapêutico e discussão de casos e reuniões de família, realizadas no Setor.

Por meio de leituras atentas e sucessivas, delineamos alguns elementos que integram o conjunto de informações, as quais nos fornecem as caracterizações essenciais dos usuários atendidos, tais como idade, diagnóstico, número de internações, estado civil, escolaridade, profissão e serviço comunitário em que fazem seguimento psiquiátrico.

Além disso, identificamos, a partir das leituras, aspectos relacionados aos Acompanhamentos, o que nos possibilita identificar as circunstâncias e condições nas quais se deram os atendimentos. Esses aspectos foram: número geral de atendimentos por paciente; o momento no qual foram iniciados (se iniciados durante a internação ou se em

alta-licença); a quantidade dos atendimentos relacionada a cada momento em que se realizou o Acompanhamento.

Outra dimensão importante que procuramos identificar por meio da leitura dos dados foi a que integrou os motivos que levaram a equipe técnica do SAM a encaminhar tais usuários para o AT.

Dessa forma, de acordo com os nossos objetivos específicos e, ao relaciona-los a análise dos dados acima mencionados, o conjunto das informações registradas no diário de campo nos possibilitou caracterizar os pacientes atendidos em AT, conhecer os fatores de indicação para o Acompanhamento e identificar as dificuldades presentes no processo realizado.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Apresentação dos Casos

Apresentamos os dados da pesquisa a partir de relatos dos casos dos pacientes atendidos em Acompanhamento Terapêutico, durante internação no Setor de Agudos Masculino, do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de dezembro de 2004 a julho de 2005.

Os dez casos que atendemos foram identificados por nomes retirados de um livro, organizado por Otto Maria Carpeaux¹¹, intitulado *Novelas Alemãs*.

Os nomes que escolhemos para identificar os pacientes são de personagens e autores das obras: *O Enjeitado* (Heinrich von Kleist); *Don Juan* (E. T. A. Hoffmann); *O Homem do Cavalo Branco* (Theodor Storm); *Krambambuli* (Marie von Ebner-Eschenbagh) e, finalmente a que mais nos emocionou, *A Morte em Veneza* (Thomas Mann).

A razão que nos levou a essa escolha foi a presença de emoções e manifestações tão intensamente humanas contidas nessas histórias. A leitura desses textos nos remeteu ao universo humano das paixões, aventura, rejeição, abandono, amor, morte, vida e sofrimento. Tudo aquilo que encontramos nos oito meses em que acompanhamos essas pessoas com suas emoções marcadas pelo intenso sofrimento, vidas rasgadas pela separação, abandono e rejeição e relegadas ao mundo da desrazão.

Passamos, agora, aos relatos dos casos que correspondem aos atendimentos em Acompanhamento Terapêutico realizados com os usuários do referido estudo. Nos relatos estão presentes todas as informações colhidas das fontes mencionadas e registradas no diário de campo.

¹¹ CARPEAUX, O. M. (org.) *Novelas Alemãs*. Trad. Alberto Denis, Albertino Pinheiro Junior, Maria Deling e Otto Maria Carpeaux. São Paulo: Editora Cultrix. S/d.

- HENRIQUE

Henrique encontra-se na 16ª internação no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, tem 32 anos está desempregado e mora com um pai idoso e com deficiência visual. A primeira internação aconteceu em 1991, e o paciente tinha 18 anos. Os sintomas que justificam sua internação, na época, foram idéias suicidas, alucinações auditivas, dissociações com histórico de drogadição associada (maconha, álcool e cocaína). Henrique faz seguimento psiquiátrico em um serviço ambulatorial de saúde mental.

Da sétima à décima quinta internação, observamos, nos relatos do Serviço Social, uma falta de apoio familiar. A família não comparecia às entrevistas, nem para as reuniões familiares. Da mesma forma, quando o paciente saía de alta, a família não era encontrada para receber o paciente.

Entre a décima quinta e a décima sexta internação (internação, na qual foi realizado o AT) passaram-se sete anos. Ao recuperarmos a história desse período, registramos que Henrique foi abandonado pela família, após alta da décima quinta internação. Encontrou a casa trancada e a família mudara-se para destino ignorado. Permaneceu sete anos desaparecido, seus familiares desconheciam seu paradeiro e, há mais ou menos um ano, a equipe de um hospital de uma cidade do interior paulista encontrou e fez contato com a família e iniciou um programa de reaproximação de Henrique com os familiares. Durante os sete anos, Henrique passou por várias cidades e hospitais, levado, quase sempre, para as instituições, pela polícia.

A partir do programa desenvolvido pelo último hospital em que esteve internado, Henrique conseguiu dois benefícios financeiros: o LOAS¹² e outro benefício do

¹² Lei Orgânica de Assistência Social: regulamenta o benefício assistencial a idosos e portadores de deficiências, desde que esse e a família não consigam suprir o seu sustento.

programa *De volta para Casa*¹³, o que facilitou a aceitação de sua volta pela família, segundo relato do Serviço Social desse hospital.

Na reunião de família no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, a irmã de Henrique nos conta a problemática familiar e as condições precárias em que cuidam dele. Essa irmã e um irmão, casados, moram longe da casa de Henrique. A mãe é falecida e o pai, com quem Henrique reside, é idoso e deficiente visual. A irmã ajuda nos cuidados, leva Henrique nos retornos médicos e para as internações. Ela relata, ainda, sobre a dificuldade em manter Henrique longe do álcool e das demais drogas.

Frente à situação apresentada, a equipe técnica do SAM propôs o encaminhamento de Henrique para o Acompanhamento Terapêutico no período em que estivesse de alta-licença.

Henrique saiu de alta-licença no dia 24/12 e marcamos o AT para o dia 27/12, em sua casa.

No primeiro atendimento, conversamos sobre seus planos após a alta hospitalar e propusemos a ele que passasse a frequentar o Centro de Convivência do Hospital Santa Tereza¹⁴. Henrique concordou com a idéia e combinamos que visitaríamos o local quando fosse ao retorno médico. Comunicamos a irmã sobre o projeto e ela concordou.

Nesse caso, infelizmente, evidenciamos uma problemática institucional¹⁵ que se revela na fraca ou falta de comunicação adequada entre as equipes divididas por turnos diários de trabalho. A equipe do período diferente daquela que combinou sobre o AT, mal informada sobre o projeto, deu alta definitiva para o paciente antes que se efetuasse a visita ao Centro de Convivência e combinássemos sobre formas de acesso ao local. A irmã, ao levar

¹³ Programa governamental que propicia benefício financeiro à família de pessoas com transtornos mentais e egressos de hospitais psiquiátricos com história de longa permanência em internação.

¹⁴ O Centro de Convivência situa-se nas dependências do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. É um serviço mantido em parceria com a prefeitura e é frequentado por pessoas da terceira idade, artesãos, egressos do Hospital e a comunidade em geral.

¹⁵ Este problema será trabalhado devidamente na análise dos dados, quando tratarmos das relações institucionais no Hospital.

Henrique para o retorno em horário diferente do combinado, alegando problemas pessoais, obteve alta hospitalar para esse, desprezando o plano para o pós-alta combinado por telefone com a mesma.

Esse dado será devidamente analisado em capítulo posterior, porém, de antemão, podemos acrescentar que esse fato foi devidamente discutido nas reuniões de equipe posteriores e não voltou a acontecer. O caso foi levado pela gerente do SAM para a Reunião de Serviços¹⁶, na qual foi proposto para o serviço de referência em que fazia seguimento psiquiátrico encaminhá-lo para o Centro de Convivência, como o plano proposto a partir do AT.

• TEODORO

Teodoro está na 6ª internação, mas o paciente relata mais três internações anteriores, além das seis, em um outro hospital (particular) do interior paulista, com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, com sintomas psicóticos e em episódio depressivo. Faz seguimento psiquiátrico em serviço de caráter ambulatorial na cidade de Ribeirão Preto.

O paciente tem 51 anos, aposentado, embora divorciado, mora com a ex-mulher e seus filhos, pois esses não têm recursos para se manter e Teodoro não consegue pagar uma pensão alimentícia adequada. Ele mesmo afirma que sua família o tolera em troca de morar em sua casa.

Teodoro tem uma história de perdas pessoais intensas devido ao adoecimento. De acordo com relatos do Serviço Social do SAM, o paciente, durante as crises, manifestava episódios de agressividade em relação à esposa e filhos, além de causar prejuízos financeiros aos filhos devido a imensas dívidas adquiridas durante episódio maníaco do transtorno.

O paciente chegou a freqüentar curso superior de Economia para trabalhar como bancário, e, posteriormente, aposentado por invalidez.

¹⁶ Esta reunião é realizada pelos serviços de saúde mental, municipais e estaduais, oferecidos no município de Ribeirão Preto, que discute sobre a rede de saúde mental no município e usuários.

Na guia de referência para internação (AIH) consta que Teodoro, há quinze dias, apresenta delírios persecutórios em relação a pessoas que, supostamente, querem matá-lo. Foi até a polícia e pediu que o prendessem. Apresenta ideação suicida e encontra-se há várias semanas sem tomar banho e sem sair da cama.

Durante a internação, mantém-se isolado, não participa das atividades e permanece no leito quase todo o tempo. Manifesta ideação suicida e alega que o desejo de morrer se deve ao acúmulo de perdas em sua vida.

Na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, a equipe encaminhou Teodoro para o AT. Elaboramos duas estratégias, que seriam trabalhadas por meio do acompanhamento: uma seria a possibilidade de encontrar uma atividade de interesse do paciente, de forma a despertar nele qualquer dimensão de desejo e interesse em relação à vida. A outra estratégia consistia em trabalharmos, durante os encontros, uma perspectiva de diálogo com a família, com o intuito de criar novas esperanças em relação a possibilidades de reconstrução de uma vida mais produtiva para Teodoro. Acreditamos que se a família passar a investir e acreditar que algo possa mudar, ele pode se mostrar menos conformista e desistente. Teodoro e os filhos concordaram com o projeto.

Além disso, nas reuniões familiares, trabalhamos aspectos para uma reparação das relações entre Teodoro e família, principalmente, apoiando os filhos para que possam lidar com o pai e a situação, que não seja por meio do ódio, incompreensão e intolerância.

Realizamos o Acompanhamento Terapêutico em quatro atendimentos. Iniciamos durante o período de internação, com três atendimentos, por meio de saídas pela cidade e em visitas a determinadas associações sociais e culturais que oferecem cursos, oficinas culturais e atividades de grupo, como natação, jogos de quadra e de mesa e, posteriormente, tivemos um atendimento em alta-licença e o paciente obteve alta hospitalar logo em seguida. No

último atendimento, em alta-licença, Teodoro inscreve-se em um curso de computação para a terceira idade, oferecido por uma das associações que visitamos.

- ERNESTO

Ernesto, segundo relato da sua ficha de referência para internação (AIH), é portador de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Esquizofrenia Paranóide, e apresenta episódios de auto e heteroagressividade. No dia em que foi encaminhado para a internação hospitalar, segundo relato da mãe ao Serviço Social, Ernesto foi submetido a procedimentos de contenção física e química, realizada no serviço ambulatorial onde fazia seguimento psiquiátrico, pois quebrou objetos e ameaçou o médico psiquiatra que o atendia.

Está em sua primeira internação no Hospital Santa Tereza, porém apresenta uma história que inclui cinco internações anteriores, que se deram em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral.

De acordo com relato do Serviço Social do SAM, Ernesto começou a apresentar os sintomas da doença aos 14 anos. Nessa época, apresentou ações ritualísticas tais como: falar muito baixo, soletrar as letras das palavras e pensamentos, andar sem pisar nas linhas, posicionar sapatos em determinada ordem e fazer as pessoas responderem três vezes a mesma pergunta. Permaneceu meses trancado em seu quarto e a família passava alimentação pela porta levemente entreaberta, urinava em garrafas e defecava em latas, para não sair do quarto. Ernesto foi retirado do quarto por meio da ação dos bombeiros e encaminhado para internação hospitalar. Posteriormente, frequentou um serviço de saúde mental de semi-internação.

Durante a internação no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, a partir de sua guia de internação (AIH), constatamos que Ernesto está com 18 anos, abandonara a escola

no 1º Colegial, assim como o tratamento e o seguimento psiquiátrico que faz em um serviço de saúde mental.

Na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, a equipe do SAM discutiu que Ernesto apresenta um número grande de internações psiquiátricas para a sua idade e, diante do quadro sintomatológico grave, encaminhou-o para o AT. Além disso, o paciente já tinha algumas perdas importantes em sua vida, tal como abandonar a escola. Assim, a equipe encaminhou Ernesto para o Acompanhamento Terapêutico durante sua alta-licença. Os objetivos que esperamos atingir com o AT são o de conhecer mais de perto sua problemática e detectar áreas em que possam ser trabalhadas com o intuito de prevenir novas internações hospitalares e ajudá-lo a retomar atividades importantes em sua vida. Ernesto e família concordam com o projeto planejado.

Realizamos um atendimento com Ernesto durante sua alta-licença. Iniciamos o AT em sua casa, em alta-licença e visitamos duas escolas próximas à sua moradia para tomarmos informações sobre possível matrícula no curso Colegial. Em sua casa, conversamos, conjuntamente com sua família, e elaboramos um plano para Ernesto retomar suas atividades, rematricular-se na escola e iniciar um curso de computação. Além disso, por meio do AT, ajudamos a família a se organizar em divisão de tarefas em relação ao que cada membro faria para atender Ernesto em suas necessidades.

No retorno médico para avaliação para uma possível alta definitiva, Ernesto já havia se matriculado e retornaria a frequentar o curso Colegial imediatamente. Obteve a alta hospitalar.

- EBNER

De acordo com relato, em sua ficha de referência para internação (AIH), Ebner, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, apresenta ideação suicida, desejo de fazer

sexo com crianças e não aderência ao tratamento. Ebner, com 20 anos, faz seguimento psiquiátrico, na época da pesquisa, em um serviço de saúde mental ambulatorial. Segundo relatório do Serviço Social, Ebner mora com a mãe, pai e três irmãos. Apresenta dificuldades em seu desenvolvimento, segundo relato da mãe, na infância, Ebner manifestou dificuldades escolares, era inquieto e não conseguia permanecer em sala de aula. Frequentou psicólogo com 8 anos e fez tratamento em um serviço de atendimento psiquiátrico infantil. A primeira internação de Ebner em hospital psiquiátrico foi devido ao agravamento do quadro sintomatológico, pois, segundo relato da mãe, o paciente passa a manter relações sexuais exageradas, com pessoas desconhecidas.

A equipe do SAM enviou o caso para AT devido à gravidade do quadro patológico, por suspeita de algum problema familiar importante e na tentativa de encaminhá-lo a alguma atividade ou serviço que possa propiciar uma atenção mais prolongada a Ebner.

Após a concordância, de Ebner e sua mãe, com o projeto proposto, marcamos o atendimento em sua casa, no período de sua alta-licença. Realizamos dois atendimentos. No primeiro, permanecemos em sua casa e verificamos a existência de um problema familiar.

Durante o encontro, sua mãe relata-nos que toda a família apresenta problemas mentais, ela tem alucinações visuais e táteis e seus outros filhos fazem tratamento psiquiátrico. Também conta que tem um filho de cada pai. O pai de Ebner mora na casa, mas ela não mantém relação marital com ele, afirmando mantê-lo em casa em troca de sustento financeiro. Ele é alcoolista e, por vezes, fica hostil e agressivo. Relata, ainda, que um de seus filhos fora preso por tráfico de drogas, cujo pai, era igualmente traficante de drogas.

Sobre Ebner, constatamos uma vida ociosa e extremamente dependente da mãe. Segundo informação do paciente e sua mãe, quando melhora dos sintomas, permanece ao lado da mãe em todos os momentos. A mãe leva-o com ela para todos os lugares.

Nesse sentido, fizemos a proposta dos dois, mãe e filho, começarem a frequentar o Centro de Convivência do Hospital. Estendemos também à mãe a proposta de frequentar o Centro, pois, de imediato, não conseguimos quebrar essa simbiose e, qualquer projeto, nesse momento, teria que incluir a mãe. Diante de nossa proposta, a mãe mostra-se resistente, colocando vários empecilhos para frequentar o local. Entretanto, consente em fazer uma visita ao Centro de Convivência, quando fossem ao retorno médico.

No dia combinado, realizamos o segundo atendimento com uma visita ao Centro de Convivência. Embora resistente, a mãe concorda em visitar o lugar, mas permanece colocando empecilhos, mesmo diante do interesse demonstrado por Ebner em frequentar o local.

No retorno médico, após discussão do caso, a equipe reitera para a mãe sobre a importância dos dois frequentarem o Centro de Convivência, e propõe para a mãe que faça uma psicoterapia, para a qual foi indicado um serviço de atendimento psiquiátrico universitário. Ela concorda em procurar a psicoterapia e, por fim, em acompanhar o filho uma vez por semana ao Centro. Assim, Ebner sai de alta definitiva.

Posteriormente, em discussão de equipe, chegamos à conclusão que é necessário um trabalho em longo prazo, para romper a relação, simbioticamente organizada, e restaurar alguma autonomia para Ebner. Além do mais, a mãe tem, por meio de um processo terapêutico de longa duração, que elaborar a dependência que mantém em relação à condição de Ebner. Em contrapartida, a mãe, com sua organização depressiva, realimenta a dependência de Ebner, mantendo-o refém de sua própria patologia.

- MICHAEL

Michael está na 16ª internação, tem diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, está com 31 anos e faz seguimento psiquiátrico no Centro de Saúde Escola (CSE), segundo informações, contidas em seu prontuário.

De acordo com a guia de referência (AIH), Michael apresenta um histórico de episódios de intensa agressividade, uso de drogas após o início dos sintomas psicóticos (maconha, cocaína e crack), perambulação pelas ruas, alucinações auditivas e visuais, pensamento desorganizado persistente, delírios persecutórios.

No relatório do Serviço Social consta que Michael começou a manifestar os sintomas psicóticos após a morte do pai, com o qual era muito ligado. Era um rapaz muito sério e estudioso, mas abandonou os estudos no 2º colegial devido ao adoecimento. Após o falecimento dos pais, o irmão, a cunhada e sobrinhos abandonam o parente. Uma tia consegue a curatela e contrata uma cuidadora que tem um filho, para cuidar do sobrinho. A cuidadora, seu filho e Michael moram na antiga residência da família do paciente.

A equipe discutiu o caso e encaminhou Michael para o AT devido ao estado de abandono em que se encontra, em contato com drogas, ao andar pelas ruas, e com repetidas recidivas do quadro patológico. Além disso, o paciente pertence a uma região da cidade desprovida de recursos que poderiam incluí-lo socialmente e carência de serviços que possam atendê-lo mais intensivamente. Portanto, propusemos a Michael desenvolver um trabalho ainda internado, na tentativa de vinculá-lo ao Centro de Convivência do Hospital, como forma de dar mais sentido à sua vida e diminuir seu contato com as drogas, assim como diminuir suas internações.

Michael concorda e iniciamos o Acompanhamento com visitas regulares ao Centro de Convivência. Realizamos quatro atendimentos durante a internação e três em alta-licença. Realizamos, ainda, três reuniões familiares, nas quais trabalhamos estratégias para

atender melhor as necessidades que a realidade de Michael exige. Há um desacordo constante entre tia e cuidadora, com as duas acusando-se, mutuamente, de não oferecerem cuidados adequados ao paciente.

No primeiro atendimento, em sua casa, durante a alta-licença, evidenciamos que a casa em que Michael habita, tem um portão completamente coberto por arame farpado, de forma a impedir que fuja. Além disso, a casa é desprovida de móveis (tem apenas um sofá todo rasgado e uma televisão em uma sala, que funcionava como sala-copa-cozinha). O restante dos móveis (geladeira, fogão, mesas, cadeiras, guarda-roupas, armários, telefone, entre outros), a cuidadora os mantém trancados em seu próprio quarto, que divide com o filho. Ela argumenta que, faz isso para não perder o restante dos móveis e, que durante as crises de Michael, ela tranca-se no quarto com o filho e chamava a polícia.

A equipe, na reunião familiar, frente à situação que relatamos a partir do atendimento na residência do paciente, sugeriu que Michael e a cuidadora frequentem o Centro de Convivência após a alta hospitalar. Nessa ocasião, a cuidadora relata o fato de que Michael não tem documentos para retirar a carteira de ônibus gratuita, pois perdera os documentos em uma das crises. O paciente precisa de documentos, não só para retirar a carteira, mas também a medicação de alto custo que lhe foi prescrita.

Contudo, verificamos, ao entrar em contato com o serviço de saúde mental em que faz seguimento psiquiátrico, que o serviço tem que mudar sua medicação já há algum tempo, devido à falta de documentação. Esse fato nunca fora notificado pelo serviço em questão às devidas instâncias da rede de saúde mental do município.

Em uma segunda reunião familiar, em que esteve presente a gerente do setor devido à complexidade do caso e por envolver outros serviços da rede de saúde mental da cidade, combina-se que, enquanto a tia providencia a documentação (com urgência), Michael permanece em alta-licença e em Acompanhamento Terapêutico. Além disso, a gerente, na

época da alta hospitalar, leva o caso na Reunião de Serviços da Rede de Saúde Mental de Ribeirão Preto e propõe sua inclusão no Programa de Saúde da Família.

Realizamos mais dois atendimentos com Michael em sua casa, em alta-licença, nos quais pudemos discutir com a cuidadora algumas orientações de manejo para que ela possa estabelecer alguns contratos com Michael, a partir dos quais ele possa sair de casa acompanhado ou com horário marcado para retornar, bem como sugerimos algumas atividades que podem ser desenvolvidas em casa. Com a documentação em andamento, Michael obtém alta hospitalar.

- THOMAS

Com 29 anos, Thomas está na 11ª internação, e, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, faz seguimento psiquiátrico em um determinado serviço de saúde mental da cidade.

Segundo informações contidas em seu prontuário, sua primeira internação ocorreu em 1995, com 18 anos. Segundo relatório do Serviço Social do SAM, a mãe conta que Thomas estudou até 7ª série do ensino fundamental e trabalhou dos 14 aos 18 anos, como laboratorista fotográfico. A partir do primeiro surto não trabalhou mais. Aos 17 anos, começou a fazer uso de drogas (maconha e cocaína). Em sua primeira internação, a guia de referência para a internação (AIH) relata que o paciente lutou com o pai e um irmão e foi, violentamente, agredido. Na ocasião, foi encaminhado para avaliação médica, que não acusou nenhum tipo de lesão.

Na 11ª internação, segundo relatos contidos em seu prontuário, o paciente, com história de uso de drogas ilícitas e sem uso de medicação há oito meses, apresenta retração social importante, alteração de comportamento, alucinações visuais e táteis de despedaçamento corporal e invasão por bichos, desorientação auto e alopsíquica e lentificação.

Ainda segundo relatório do Serviço Social do SAM, a mãe informa que Thomas fora abandonado há algum tempo por todos os membros da família e mora sozinho, na antiga casa da família. O pai tem uma grande rejeição em relação ao filho, inclusive proibindo a esposa de cuidar do mesmo.

Na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, o caso foi discutido e diante da situação de abandono em que se encontra, ou seja, sozinho, sem cuidados, com a casa contendo somente um colchão e um fogão de lenha, faminto e passando necessidades, o melhor seria o encaminhamento de Thomas ao Acompanhamento Terapêutico, com o propósito de atingir, inicialmente, dois objetivos: por um lado, procuramos uma atividade, ou uma forma de organização social na qual Thomas possa se desenvolver e buscar algum sentido para sua vida e, por outro lado, buscamos, na comunidade, a possibilidade de uma rede de relações, de forma a quebrar seu estado de abandono.

Devido à gravidade do quadro sintomatológico, com desorganização psíquica importante, delírios e alucinações de despedaçamento corporal, invasão por bichos e ausência de uma identidade subjetiva, iniciamos um cuidado mais intensivo, no próprio hospital, durante sua internação, com Acompanhamento no próprio Setor, em sua rotina, e associamos atendimentos terapêuticos ocupacionais, nos quais, apoiados em conceitos da teoria winnicottiana e a partir de uma seqüência de desenhos, reestruturamos, minimamente, sua imagem corporal bastante fragmentada e buscamos, com isso, iniciar um processo de restauração de uma identidade subjetiva. A partir dos atendimentos, Thomas começou a lembrar-se de eventos em sua vida, narrar coisas com sentido e representar seu corpo por meio de uma imagem integrada.

Paralelamente ao AT, realizamos várias reuniões com a mãe, no sentido de fazê-la entender que seu filho, doente, necessita de cuidados diretos.

A partir do AT, Thomas foi recuperando sua história pessoal. Em cada lugar que passamos (ruas, esquinas, locais públicos, etc), ele lembra-se de algum evento de sua vida e, aos poucos, reconstrói uma história.

Por meio dos atendimentos, visitamos um local que oferece cursos profissionalizantes e Thomas escolhe fazer o curso de jardinagem. Além disso, contatamos um serviço especializado no atendimento de usuários de álcool e drogas, para que frequente. Realizamos o último atendimento, quando o paciente encontrava-se em alta-licença e visitamos o serviço. Após esse encontro, Thomas obtém alta hospitalar.

Quando Thomas sai de alta hospitalar, a mãe e um irmão, que também se aproxima por meio das reuniões familiares, vão morar na casa com Thomas. Posteriormente, somos informados que o pai também foi morar com a família.

Thomas foi internado em abril de 2005 e realizamos acompanhamentos diários durante um mês e vinte dias no Hospital e, em maio, iniciamos atendimentos externos.

Realizamos três acompanhamentos externos ao Hospital com Thomas, em que visitamos vários locais da cidade, nos quais buscamos atividade de inserção social, dos quais, dois durante o período de internação e um durante uma alta-licença. Entretanto, como já assinalamos, iniciamos o cuidado ainda no hospital e dentro das dependências desse, antes de efetuarmos saídas pela cidade. Nesse momento, acompanhamos Thomas diariamente.

• HAUKE

Hauke, encontra-se na 3ª internação, com 19 anos e diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Faz seguimento psiquiátrico em um serviço ambulatorial universitário. Solteiro, mora com a mãe, pai e dois irmãos, segundo informações colhidas em seu prontuário.

De acordo com relatórios do Serviço Social do SAM, Hauke estudou até a 7ª série do ensino fundamental, com muita dificuldade e várias reprovações. Apresenta

dificuldades, igualmente, para atividades produtivas. Aproximadamente há um ano da primeira internação, começa a apresentar mudança de comportamento, com isolamento social importante, diminuição de apetite, solilóquios, delírios persecutórios e diminuição da atividade psicomotora, até atingir um estado de catatonia. Antes de apresentar os sintomas, Hauke, fez uso de substâncias químicas (maconha e cocaína) e, em função disso, teve condutas que resultaram em problemas legais.

Na reunião familiar, a mãe narra, para a equipe, que o paciente, repentinamente, começa a ficar muito agitado e agressivo, dizendo que uma mulher o está perseguindo, sobe em cima da casa e joga-se de lá. Depois pula por cima de um portão de lanças e desaparece pelas ruas. É encontrado pela polícia, que o leva para um serviço de urgência.

Na reunião de planejamento terapêutico e discussão de casos, a equipe decidiu pelo encaminhamento de Hauke para AT, devido à gravidade do quadro sintomatológico, interesse do mesmo em se vincular em atividade produtiva e necessidade de prevenir novas internações hospitalares.

A partir de um atendimento realizado, Hauke matricula-se em um curso de cabeleireiro, de acordo com seu interesse. Assim, obtém alta hospitalar.

Realizamos um atendimento, ainda em internação no hospital.

- HANS

O paciente, Hans, é etilista crônico. O início de seu quadro psiquiátrico ocorre após a morte do irmão. Na época, apresenta sintomas depressivos (tristeza, anedonia, insônia, queda de apetite), que pioram progressivamente, até uma tentativa de suicídio. Tem problemas cardíacos e está na 3ª internação. Ele apresenta o seguinte diagnóstico: episódio depressivo com sintomas psicóticos, associado aos transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas, de

acordo com informações colhidas em seu prontuário. Faz seguimento psiquiátrico em um serviço de saúde mental ambulatorial universitário.

Segundo relatório do Serviço Social do SAM, a mãe de Hans tinha problemas psiquiátricos quando viva, o pai era alcoolista e agressivo com a família e fornecia bebida alcoólica para o filho quando esse se encontrava com apenas oito anos. O paciente abandona a escola na 1ª série e a partir disso passa a trabalhar na lavoura.

Hans está separado da esposa, com a qual tinha três filhos. Há doze anos trabalha como servente de pedreiro e, com o adoecimento, interrompe suas atividades profissionais. O paciente mora em uma favela e está desempregado. Após a segunda internação passa a morar na casa de uma irmã.

Na reunião de equipe para planejamento terapêutico, discutimos sobre a gravidade do caso e falta de apoio familiar. Portanto, encaminhado ao AT, com vistas a trabalhar seu vínculo familiar e buscar uma atividade ocupacional.

Realizamos dois atendimentos, ainda durante sua internação. No primeiro, realizamos uma visita na casa de sua família, e, no outro, saímos para que se inscrevesse em um cadastro de empregos.

Após esses dois atendimentos, Hans obtém alta definitiva e volta a morar na casa de uma irmã.

• EUCLIDES

A primeira internação de Euclides no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto ocorreu no ano de 1996, e, no ano de 2005 completou a 18ª internação. O diagnóstico, segundo sua ficha de referência para internação (AIH), é transtorno delirante esquizofreniforme orgânico. O paciente, proveniente de uma cidade vizinha, que integra a região de abrangência da Direção Regional de Saúde (DIRXVIII), faz seguimento psiquiátrico no Ambulatório de

Saúde Mental desse município. Ele é solteiro e mora com a mãe, viúva, uma irmã e duas sobrinhas, de acordo com informações colhidas em prontuário.

Segundo a mãe, em relato ao Serviço Social do SAM, Euclides, aos 4 anos, é vítima de um coice de cavalo, o que provoca um quadro de traumatismo crânio-encefálico, ficando, na época, 26 dias em coma. Após isso, o paciente tem que fazer acompanhamento médico, com histórico de epilepsia e alteração de comportamento. Devido a esse problema, Euclides nunca foi a escola.

De acordo com seu histórico clínico, de 1996 a 2005, há a referência que Euclides apresenta agressividade importante, ameaçando familiares e vizinhos, agitação psicomotora, solilóquios, insônia, déficit cognitivo e história de abandono do tratamento.

A equipe técnica do SAM decidiu encaminhar Euclides para Acompanhamento Terapêutico, em reunião de equipe para discussão de casos e planejamento terapêutico. As diretrizes apontadas pela equipe para o acompanhamento foram: fazer com que o paciente permaneça em tratamento no serviço de saúde mental do seu município; diminuir a frequência das internações no Hospital; estimular a aderência ao tratamento ambulatorial e buscar a construção de vínculo em atividade no próprio ambulatório de saúde mental, do qual faz parte como usuário.

Quando Euclides sai de alta-licença vamos com ele até sua cidade para uma reunião com a equipe técnica do serviço de saúde de sua cidade, agendada anteriormente, na qual discutimos a necessidade de inclusão do paciente em um programa especial de visitas domiciliares regulares para orientação familiar.

Durante a reunião, verificamos que uma das profissionais presentes apresenta empecilhos para a realização do acordo anterior e utiliza argumentos do impedimento da realização do projeto devido a dificuldades institucionais, bem como coloca em dúvida se vale a pena um investimento no paciente, em face do quadro crônico que apresenta.

Argumentamos, no entanto, sobre a necessidade da realização do projeto, elaboramos uma alternativa, menos dispendiosa, e garantimos um acordo de que algumas visitas seriam realizadas pela equipe dessa cidade e a família seria convidada a participar de reuniões de famílias regulares no próprio ambulatório.

Em sua casa, conversamos com a família sobre nossas preocupações com Euclides, suas repetidas internações hospitalares, a necessidade da família obter mais apoio e orientação e o paciente freqüentar alguma atividade que possibilite algum desenvolvimento pessoal. Seus familiares são receptivos e combinam que vão freqüentar as reuniões de família organizadas pelo Ambulatório referido.

Na reunião familiar no Hospital para avaliação do paciente no retorno de sua alta-licença, a equipe reitera todos os acordos realizados com a equipe do serviço de sua cidade e reafirma, para os familiares, a importância de investir no paciente, pois isso se reverte para uma melhoria de vida para todos na família. Euclides, passando bem durante sua alta-licença, obtém a alta definitiva.

• GUSTAV

Transtorno Afetivo Bipolar é o diagnóstico de Gustav, segundo a guia de referência para internação (AIH), e ele faz seguimento psiquiátrico em serviço ambulatorial da cidade de Ribeirão Preto. Está na 7ª internação no Hospital Santa Tereza. O paciente é solteiro, tem 32 anos, terceiro de uma prole de seis filhos. Coursou até o primeiro ano superior quando teve a primeira crise. De acordo com seu histórico clínico, Gustav, nas seis internações anteriores, encontrava-se no pólo maníaco do transtorno. Manifestava agitação psicomotora, agressividade, idéias de grandeza, euforia, persecutoriedade, insônia e comportamento arrogante. Entretanto, nessa internação encontra-se em episódio depressivo.

A irmã relata, de acordo com relatórios do Serviço Social do SAM, que Gustav sempre se mostrou excessivamente retraído, não teve namoradas e nem amigos. A única coisa que gosta de fazer é estudar. A família passa por eventos trágicos. O pai, antes de falecer, sofre um acidente e fica tetraplégico. Um dos irmãos também sofre um acidente e, igualmente fica tetraplégico e mora em uma instituição. Uma das irmãs é deficiente mental e mora em um hospital. E outra irmã tem Síndrome do Pânico. A informante é a última irmã, casada, e que assume todos os encargos da família. A mãe faleceu recentemente.

Em sua última internação, Gustav morava com a irmã portadora de Síndrome do Pânico, quando tentou suicídio. A irmã narra que o paciente em um estado de isolamento social importante por meses, é encontrado em estado de semiconsciência, após provocar três facadas no abdômen, um corte no pulso direito e ingestão voluntária de grande quantidade de lítio.¹⁷

Após reunião familiar, a equipe e a gerente do setor requisitam o encaminhamento do paciente para Acompanhamento Terapêutico. Os fatores que levam ao encaminhamento são: a gravidade do quadro apresentado; história de isolamento social importante; estado depressivo grave; falta de suporte familiar; e necessidade de criação de uma rede social, na qual o usuário possa se apoiar em suas demandas cotidianas. Discutimos, posteriormente, que o acompanhamento dele tem dois objetivos centrais, o de buscar novos caminhos na vida de Gustav, para que esse tente reescrever sua história, ou dar um novo rumo para a forma com a qual registra seu percurso de vida, e vinculação a uma rede social de relações significativas.

Realizamos três atendimentos com Gustav, durante o período de internação, e um em sua alta-licença.

Nos três acompanhamentos iniciais, ainda em internação hospitalar, visitamos várias organizações sociais da cidade, nas quais procuramos por cursos que o interessassem. Gustav inscreve-se em um curso de informática em uma dessas organizações. Outra

¹⁷ Medicamento utilizado como estabilizador do humor, usado principalmente em casos de Transtorno Afetivo Bipolar.

possibilidade foi o paciente inscrever-se em um Grupo Terapêutico oferecido por um dos serviços de saúde mental do município, especializado no atendimento a portadores de transtorno afetivo bipolar. E, finalmente, o mesmo foi encaminhado a um serviço de semi-internação.

No retorno de sua alta-licença, Gustav obtém a alta hospitalar.

4.2- Caracterização dos pacientes atendidos em Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico, como uma estratégia de tratamento para pessoas com quadro agudo de transtornos mentais graves e em internação integral, mostra-nos alguns fatores e elementos importantes, a partir dos atendimentos realizados.

De acordo com nosso objetivo geral, de elaborar uma proposta de implementação da prática do Acompanhamento Terapêutico para pessoas em internação integral no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, olhamos os casos nos momentos e circunstâncias em que foram atendidos, a saber, durante a internação hospitalar e nos períodos de alta-licença. Os aspectos relevantes que detectamos a partir do nosso exame, adquirem sentido especial, principalmente, ao serem relacionados aos nossos objetivos específicos. Segundo esses, para podermos compreender melhor a possibilidade e a importância da implementação dessa estratégia terapêutica nesse setor, necessitamos caracterizar os pacientes internados no SAM e que foram encaminhados para o Acompanhamento Terapêutico, bem como levantar os fatores, que levaram a equipe do SAM a encaminhar tais pacientes para esse atendimento específico e identificar, ainda, as dificuldades encontradas na realização dos Acompanhamentos Terapêuticos.

Os dez casos que atendemos, eram constituídos por pacientes com idade entre 18 e 51 anos, sendo que dentre esses, três se encontravam com idade inferior a 20 anos, cinco entre 30 e 40, um com 29 e outro com 51 anos.

O diagnóstico predominante foi o de esquizofrenia paranóide, apontado em seis casos, sendo que em cinco, constava como diagnóstico único, e um caso com esquizofrenia associado ao de transtorno obsessivo-compulsivo. Verificamos, nos casos restantes, os seguintes diagnósticos: dois casos de transtorno afetivo bipolar, um caso de transtorno delirante esquizofreniforme orgânico, e um caso que associava Episódio depressivo com sintomas psicóticos e transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas.

Em relação ao número de internações, obtivemos os seguintes índices: quatro entre 11 a 18 internações, dois com seis internações, um com sete, dois com três internações, e um estava na primeira internação.

O estado civil predominante foi o de solteiro em oito dos casos atendidos, e, nos outros dois, um era separado e outro, divorciado. Dos solteiros, seis moravam com a família, um morava com uma cuidadora; o outro morava sozinho, na época da internação. Dos demais, um separado, morava sozinho, e o outro, divorciado, residia com a ex-esposa e filhos.

No momento da investigação, todos os sujeitos não exerciam qualquer tipo de atividade remunerada ou produtiva. Dos dez participantes, apenas três haviam exercido uma profissão: bancário, laboratorista fotográfico e servente de pedreiro.

Com relação à escolaridade, registramos que, quatro dos usuários interromperam os estudos na 7ª série do 1º grau, dois não terminaram o colegial, dois tinham curso superior incompleto e dois não freqüentaram atividade escolar. Nos oito primeiros casos, o motivo da interrupção dos estudos foi o adoecimento. Nos dois casos em que eram analfabetos, um foi em função de uma desestruturação familiar significativa e falta de valorização cultural em relação à atividade escolar, e o outro, em função de uma defasagem cognitiva gerada por um problema orgânico.

Dos dez pacientes, sete faziam seguimento ambulatorial no Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade

de São Paulo, dois no Ambulatório de Saúde Mental de Ribeirão Preto, e um no Ambulatório de Saúde Mental de Sertãozinho.

Em quatro dos casos, iniciamos o Acompanhamento Terapêutico ainda quando os usuários se encontravam internados e, posteriormente, em alta-licença; em quatro casos, realizamos os atendimentos somente no período de alta-licença dos usuários; e nos dois restantes, fizemos o Acompanhamento, integralmente, durante a internação dos usuários, tendo os mesmos, alta definitiva após os atendimentos.

O número de atendimentos variou, de um a sete, conforme necessidades específicas de cada pessoa atendida. Em quatro dos casos, realizamos apenas um atendimento, na seguinte ordem: em três deles, somente em alta-licença, e um enquanto estava internado, obtendo alta definitiva após o atendimento. Com dois usuários, realizamos dois atendimentos com cada um, sendo que com um deu-se somente em alta-licença. O outro caso, realizamos o primeiro atendimento enquanto estava internado no Hospital e o segundo, durante sua alta-licença.

Com um paciente, efetuamos três atendimentos, sendo que dois ocorreram durante internação hospitalar e o outro, em alta-licença. No caso de dois sujeitos, realizamos o Acompanhamento, por meio de quatro atendimentos, sendo que com os dois pacientes, ocorreram três atendimentos em internação hospitalar e um em alta-licença. E, finalmente, com um usuário desenvolvemos sete acompanhamentos, quatro dos quais ocorreram em internação hospitalar e três em alta-licença.

Portanto, vemos que os usuários do Setor de Agudos Masculino, que foram encaminhados para o Acompanhamento Terapêutico constituíram-se de homens de idades variadas, com maior incidência na faixa etária entre 30 e 40 anos, com diagnóstico predominante de esquizofrenia paranóide. Apesar de apenas em um dos casos aparecer no diagnóstico o abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas), segundo os relatórios do

Serviço Social do SAM, encontramos o uso abusivo de tais substâncias, margeando acontecimentos sociais importantes da vida dos sujeitos, como manifestação importante em sete dos dez casos que atendemos.

A maioria dos sujeitos residia com a família, preferencialmente com as mães e irmãos e, em alguns casos, os pais estavam presentes. Em um dos casos, temos um usuário, aposentado, que, apesar de divorciado, residia com a ex-esposa e três dos filhos. Em outro caso, o paciente residia com uma cuidadora e seu filho. Por último, um usuário morava sozinho.

Não evidenciamos atividade remunerada sendo desenvolvida pelos usuários, a partir das últimas internações no Hospital. Observação semelhante, obtivemos em relação à escolaridade. Na maioria dos casos, verificamos que, tanto a atividade remunerada quanto as atividades educacionais, foram abandonadas devido ao adoecimento.

A maioria dos sujeitos, em sete dos casos, vinha de uma região da cidade carente de organizações sociais, as quais os participantes desse estudo pudessem freqüentar, no sentido de se inserirem em atividades como lazer, educacionais, ou produtivas. Além disso, evidenciamos que os usuários faziam seguimento médico-psiquiátrico em um determinado serviço de saúde mental que atendia a maior região administrativa da cidade. Esse serviço alicerça sua forma de tratamento prioritariamente em um enfoque médico-medicamentoso e, mesmo com a presença de profissionais de outras áreas terapêuticas, a vinculação em outras opções de tratamento encontrava-se restrita apenas a alguns usuários, sendo que, a maioria dos pacientes permanece limitada ao atendimento médico apenas.

Importante ressaltar ainda que realizamos os Acompanhamentos Terapêuticos em três situações. Na primeira delas, iniciamos os atendimentos no próprio Hospital, enquanto os sujeitos encontravam-se ainda em internação hospitalar e, posteriormente, em suas altas-licenças. Registramos essa situação em quatro dos casos atendidos.

Na segunda situação, realizamos o Acompanhamento somente no período de alta-licença dos usuários, e registramos essa situação em quatro casos registrados no estudo.

Na última situação, realizamos os acompanhamentos somente no período de permanência dos sujeitos no Hospital, enquanto estavam internados, e esses pacientes obtiveram a alta definitiva após os atendimentos. Isso ocorreu em dois dos casos de pacientes que atendemos.

No que diz respeito à primeira situação mencionada acima, verificamos a necessidade de uma intervenção anterior às altas-licenças dos usuários devido a determinados fatores que preocupavam a equipe técnica do Setor e que a levou a prorrogar a internação hospitalar e adiar uma possível alta-licença. Os fatores que preocupavam a equipe eram a gravidade apresentada pelo quadro patológico dos pacientes, a falta de suporte familiar e de atenção ambulatorial, a necessidade de trabalhar alguns aspectos com o paciente para que o mesmo pudesse sair de alta-licença, tais como desorganização da vida pessoal e isolamento social importante, o que nos mostrou que o acompanhamento era necessário para apontar alternativas de inclusão social e necessidade de formação de vínculo anterior ao período de alta-licença.

Em relação à segunda situação, vimos que os atendimentos ocorreram somente no período das altas-licenças. Nesses casos, os pacientes encontravam-se mais orientados, em relação à realidade objetiva e com menor confusão mental e cognitiva, porém alguns fatores levaram a equipe a recear se a alta-licença seria bem sucedida. Os receios relacionavam-se, sobretudo, com a condição apresentada por esses pacientes, detectadas a partir de reuniões de família, tais como estados de abandono social, de ociosidade mórbida e ausência de recursos pessoais e familiares para convivência e trocas sociais, relacionamentos interpessoais desgastados com a família e sociedade e ausência de conhecimentos da família para o manejo do paciente.

Finalmente, na terceira situação, em que desenvolvemos o Acompanhamento Terapêutico, estes se deram somente durante a internação hospitalar. Verificamos, nesses casos, que os usuários encontravam-se prontos para a alta hospitalar, no que diz respeito ao quadro patológico. Entretanto, alguns aspectos apontavam para a necessidade de trabalharmos algumas possibilidades de inclusão em atividades remuneradas e sociais antes de obterem sua alta definitiva, para que esses usuários permanecessem mais integrados em sua comunidade. Como trabalhamos esses fatores a bom termo durante a internação, a alta hospitalar direta foi possível.

4.3- Fatores do Encaminhamento para o Acompanhamento Terapêutico

Em relação aos fatores determinantes para o encaminhamento dos pacientes para o Acompanhamento Terapêutico feito pela equipe do SAM, foram os seguintes:

- Carência de vínculos sociais em função de uma condição de exclusão dos pacientes em relação aos espaços de trocas sociais: inserção na família, relacionamento com vizinhos e/ou amigos, atividades sócio-culturais, relacionamentos afetivos e atividades produtivas ou remuneradas, e outras. O que nos levou a uma procura por organizações sociais na comunidade, nas quais buscamos incluir os acompanhados em atividades oferecidas por esses locais e, com isso criar alguma rede de relações sociais para essas pessoas.
- Falta de aderência ao tratamento ambulatorial extra-hospitalar. O que vimos foi que a maioria dos serviços de saúde mental do município e região apóia seu trabalho em uma determinada forma de organização, cujo enfoque está baseado, majoritariamente, no modelo médico biológico, oferecendo, de forma limitada, outros recursos terapêuticos, além do medicamentoso.
- Conflitos e rejeições familiares, sendo que, em alguns casos, havia o desejo de abandono do paciente por parte da família.

- Alto índice de reinternações, que apontavam para o desenvolvimento de desistência institucional em relação ao usuário e processo de cronificação.
- Gravidade do quadro patológico, que envolvia riscos altos de suicídio, de violência a terceiros, isolamento social importante e grave fragmentação da personalidade e identidade pessoal.
- Baixa idade e gravidade do quadro patológico, que demandava uma intervenção preventiva a um possível estágio de cronificação.
- Falta de conhecimentos por parte da família em relação à doença e necessidade de orientação quanto ao manejo do paciente.

O que fazemos, a seguir, é olhar mais de perto esses fatores que repletoriamos acima e que moveram a equipe do SAM a encaminhar os usuários para atendimento em Acompanhamento Terapêutico.

Em todos os casos, evidenciamos uma desestruturação social muito grande em relação a várias dimensões da vida dos usuários. A partir das discussões de casos, em reuniões de equipe, percebíamos que essas pessoas permaneciam à margem de todo e qualquer processo social: desvinculadas de possibilidades de participação em atividades de lazer, profissionais e/ou culturais, em associações de convivência ou trabalho, ou em organizações sociais e serviços na comunidade que pudessem dar algum sentido ou significação a suas existências. Constatamos que essa problemática estava, de certa forma, relacionada aos sucessivos episódios de crise que os pacientes apresentavam no decorrer de suas histórias clínicas. Segundo relatos dos familiares e dos usuários, quando estes não estavam internados, permaneciam sem atividade alguma, sem vínculos afetivos, com dificuldades de relacionamento com familiares, amigos e sociedade e, nos casos mais graves, em profundo estado de isolamento social.

Os usuários eram solteiros ou separados, não mantinham relacionamento afetivo algum, não freqüentavam lugares nos quais essas relações poderiam ser vivenciadas. Quando moravam com suas famílias, ficavam à margem das decisões e processos cotidianos comuns à convivência familiar e eram percebidos pelos familiares como ‘aquele que precisa ser poupado e carregado porque é o doente’¹⁸. Eles não trabalhavam ou estudavam, não iam a festas, não passeavam, não caminhavam por praças ou iam a cinemas, não faziam cursos ou iam a palestras, não sabiam digitar em computador, não saiam para dançar ou namorar, não iam a clubes para nadar ou jogar. A única atividade que ainda alguns deles procuravam por iniciativa própria era, infelizmente, os bares e traficantes de drogas.

A pergunta que nos ocorre, inevitavelmente, é porque isso acontece? A primeira resposta, a mais fácil e comumente fornecida pelos técnicos, é que isso se deve à doença.

Amarante (1996), ao refletir sobre proposições da tradição basagliana e o processo denominado de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, expõe como, para Franco Basaglia, a doença era compreendida a partir da noção de “duplo da doença”. Por esse conceito Basaglia, segundo o autor, entendia a doença como aquilo que os aparatos institucionais da psiquiatria constroem como sendo os sintomas da doença, mas que são a criação da produção intelectual psiquiátrica de uma identidade objetivada do doente, a partir da negação de sua subjetividade. Essa objetivação, criada pelos próprios tratamentos de violência, acaba por impor, ao integrar o sistema conceitual definidor do quadro sintomatológico, as características adquiridas por meio da vivência institucional, consideradas como sinais e sintomas do curso natural de uma manifestação psicopatológica.

Dessa forma, o autor afirma:

“A inércia, a estereotipia, as formas de alheamento da realidade, assim como tudo aquilo que tem relação com as perdas, a perda de contratualidade, a perda

¹⁸ Colocamos entre aspas única toda expressão que representar uma metáfora ou impressões pessoais e em aspas dupla, citações e transcrições de diálogos.

de uma colocação socialmente reconhecida e, enfim, todo o fenômeno da desocialização que parte da doença passam a ser entendidas como sinais e sintomas do curso de uma doença que tem desenvolvimento natural, de um percurso que é dado pela própria natureza da entidade psicopatológica e não, nem ao menos parcialmente, das conseqüências diretas da institucionalização.” (AMARANTE, 1996, p. 81).

Em concordância com o autor acima, Barros (1994, p.190) propõe o pressuposto da “periculosidade”, ao qual se vincula uma determinada trama histórica responsável por aprisionar os que fogem dos padrões racionais e ao impedi-los de participar da vida social, nega-lhes o exercício de suas cidadanias. Para tanto, apoiando-se na tradição teórica basagliana, a autora afirma a doença mental como um “ente abstrato”, construída a partir de três negatividades: “a irrecuperabilidade, a incurabilidade e a imprevisibilidade” e diante de um indivíduo imprevisível, irrecuperável e incurável, a medicina mental criou a equação “doente-mental-perigo social”, legitimando, portanto, sua exclusão.

Em outra perspectiva, ao questionar interpretações extremas sobre a doença mental, Velho (1999) critica a visão “psicologizante”, vinculada a uma perspectiva médica, na qual o indivíduo classificado como insano é o lugar em que a doença vai se localizar. Da mesma forma, ele critica as visões “sociologizantes”, as quais desviam o foco do problema para a sociedade, por meio da identificação de uma patologia social que se revela nas pressões cotidianas que levariam o sujeito a adoecer. Afirma que essas visões são ingênuas, pois são parciais. A doença é uma produção social, na medida em que representa um sistema de acusações que determinados atores sociais, expressão da hegemonia cultural, vão imputar a outros, que, conscientes ou inconscientes, estariam infringindo os limites de determinadas regras de conduta e valores de determinada sociedade. Isto é, a cultura cria o desvio ao criar as regras, cuja infração o constitui. E como tal, propõe que a conduta desviante não é uma “inadaptação cultural”, mas um problema político que envolve um conflito entre atores sociais e a existência de um “Poder” constatado nas permanentes tensões entre os grupos sociais, que

podem ser tanto macroscópicos como a luta de classes, quanto microscópicas como a família (VELHO, 1999, p. 24/25).

Segundo nossa experiência, deparamos com uma organização de serviços de saúde mental, hospitalares e comunitários, em cuja organização predomina uma visão médica centrada na enfermidade e do sujeito como seu depositário.

Contudo, indagamo-nos sobre o fato de que esses aspectos, esse tipo de visão sobre a doença e o doente foram refletidos, discutidos e questionados por amplos setores daquilo a que se convencionou chamar de Movimentos de Reforma Psiquiátrica.

Historicamente, podemos nos deparar com a elaboração de algumas políticas públicas na área de saúde mental, resultado de árduas conquistas dos movimentos de reforma, a partir das quais o manicômio foi questionado e, de certa forma, desmantelado em suas estruturas mais arcaicas. Foram criados equipamentos de atendimento em saúde mental que se pretendiam substitutivos à internação total e às formas asilares de tratamento mental e foram priorizados os atendimentos em regime ambulatorial e na comunidade.

Diante disso, por que ainda nos deparamos com a tão freqüente situação de isolamento e exclusão social vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde mental, a partir de uma visão de doença, presente nos serviços, que o acusa e o exclui, ao invés de tratá-lo?

Desviat (1999, p. 82) aponta para o fenômeno que denomina de “uma nova cronicidade” para os portadores de transtornos mentais e atrela-o a um processo concomitante de “cronicização das estruturas alternativas” de tratamento. O autor afirma ser necessário indagar-se sobre o porquê de tantas crenças arraigadas a respeito da doença mental, do porquê se insiste, permanentemente, nas noções de irrecuperabilidade e incurabilidade, atreladas às concepções de sofrimento mental e seus portadores.

Nesse mesmo sentido, caminha Amarante (1996), ao afirmar que:

“A construção que a psiquiatria elabora sobre o louco se reproduz pela sociedade e tende a ser assimilada como verdade inquestionável pelas famílias, pelas escolas, pelas artes, pelas culturas, pelas ruas (...)”(AMARANTE, 1996, p. 82).

Ao pensar sobre o problema de produção de valor, Kinoshita (1996, p. 56), no que diz respeito aos usuários dos serviços de saúde mental, parte do pressuposto de que, no universo social, as trocas são realizadas a partir de um valor atribuído para cada indivíduo dentro de um campo social e que vai condicionar todo processo de intercâmbio. Esse valor, atribuído a um indivíduo, demarca a dimensão de negociação do mesmo, e é o que determina o que o autor chama de “poder contratual” de cada um. Para tanto, três dimensões constituem esse poder contratual, a saber: “(...) trocas de bens, de mensagens e de afetos.” Uma pessoa ao receber a definição de doente mental, já tem anulado seu poder contratual, pois: “(...) os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados (...)” .

O autor propõe, ainda, que esse problema seja tratado no plano da reabilitação, pois se partimos de uma situação de desvalor, quase que absoluta, dos pacientes psiquiátricos, teríamos que produzir dispositivos que propiciassem experiências e mediações que buscassem juntar valor a suas ações para habilitá-los para o intercâmbio.

No sentido das proposições acima, nos atendimentos que realizamos para a pesquisa, um dos objetivos principais dos Acompanhamentos Terapêuticos era o de buscar, juntamente com o acompanhado, algumas possibilidades na comunidade, lugares e atividades que tivessem algum significado para ele e que pudessem inclui-lo em determinados sistemas de rede social que, por meio da convivência, obtivessem alguma forma de satisfação existencial. Além disso, esperávamos que sua inclusão contribuísse como uma via de produção de sentido e valor social e para que se integrasse em algum sistema de troca e intercâmbio social.

Ernesto matriculou-se no ensino regular, 1º Colegial, ano escolar que interrompera devido ao adoecimento. Teodoro inscreveu-se em um curso de Informática para

terceira idade, em organização social da cidade. Henrique e Michael inseriram-se a um serviço comunitário, freqüentado por pessoas em desvantagem social. Thomas e Eurípedes vincularam-se em serviço de saúde mental com programa em reabilitação psicossocial e Thomas inscreveu-se em um curso profissionalizante. Gustav inscreveu-se em curso de Informática, em grupo terapêutico e vinculou-se a um serviço com programa orientado para um modo de atenção psicossocial.

Fato interessante como o qual nos deparamos foi uma demanda dos pacientes em poder voltar ou iniciar uma atividade produtiva. Em alguns casos, o sujeito mostrava-se ansioso em relação ao fato de não conseguir engajar-se em uma profissão. Nos casos que atendemos, essa demanda aparecia no momento em que era apresentado o projeto terapêutico do AT e, ao combinarmos os objetivos do tratamento e, conseqüentemente, o que iríamos realizar em nossas saídas. Quando começávamos a planejar o que iríamos construir nos Acompanhamentos, surgia, então, a demanda de uma atividade qualquer que proporcionasse uma inserção profissional. Muitas vezes era um ‘sonho’, um desejo muito difícil do paciente alcançar a curto ou médio prazo, ou mesmo pelas condições precárias em que se encontrava o sujeito (abandonado, isolado, solitário e sem recursos), porém, ainda existia o ‘sonho’.

Lembramos da insistência de Thomas, quando nos encontrávamos na Casa da Cultura, em dizer para uma das funcionárias que recepcionava o público se não havia desenho arquitetônico no local, pois ele gostaria de se preparar para ingressar em uma faculdade de arquitetura. Sua real condição material de vida, de completo abandono social, não nos impedia de admirá-lo em seu desejo manifesto em tornar-se um arquiteto. Entretanto, quando voltávamos o olhar para a dura situação que apresentara em seu ingresso para a internação, abandonado por toda a família, morando em uma casa sem móveis, comendo o que arranjava pela rua, alucinando seu corpo esfacelado e invadido por animais, sujo, faminto e sem cuidado pessoal algum, não podíamos evitar sentimentos de impotência frente às injustiças inexoráveis.

O que faríamos com nossas certezas técnicas? Entraríamos no sonho? Chamaríamos o paciente para a realidade? No final do Acompanhamento, Thomas optou por fazer sua matrícula em um curso de jardinagem, oferecido por um Centro de Formação Profissional.

Marques (1991, p. 104) chama a atenção para alguns fatos curiosos que observou em sua prática de acompanhante terapêutica que apontam para a direção dos fatos observados nesse estudo. A autora coloca a idéia de que o Acompanhamento Terapêutico é um recurso que permite ao sujeito em sofrimento “estar” no social, porém não garante necessariamente “ser” nesse social. Contudo, no percurso de um acompanhamento, esse vai mostrando-se como um campo propício para que apareça a demanda de “ser” e não apenas “estar”. Para a autora, quando se caminha pelas ruas e pelos espaços públicos, deparamo-nos com diversos personagens urbanos, os habitantes das cidades, que sempre “são” alguma coisa. São pedreiros, médicos, dentistas, enfermeiros, eletricitas, fotógrafos, bancários, cabeleireiros e por aí à fora. Nesse percurso, é que começa a surgir, nos sujeitos acompanhados, desejos de realizarem alguma atividade profissionalmente, de se tornarem indivíduos que possam “ser” alguma coisa, já que, em algum momento, perceberam-se, nesse processo, como “um ser que não era” .

Também observamos essas manifestações em nosso estudo. Nos acompanhamentos que realizamos, a busca por algo no social que fizesse sentido para eles foi unânime. No entanto, as dificuldades em vincular-se, em condições de igualdade nos mercados de trabalho, mostrou-se, como no caso de Thomas, como um ‘sonho’, bonito, admirável, porém, inacessível sob diversos aspectos. Mas, os obstáculos da realidade não podem simplesmente estancar o desejo, em todas as suas dimensões. Entretanto, trata-se de apresentarmos ao sujeito outras e novas possibilidades viáveis e criar outras integrações no contexto social. Para tanto, quando o sujeito encontra-se em uma posição de necessitar de ajuda para poder restabelecer sua capacidade de gerar sentido, de produzir sua vida material e simbolicamente, no social, há a

necessidade de criarmos equipamentos que o auxiliem nesse empreendimento. Nesse momento é que os serviços voltados para uma atenção psicossocial se fazem necessários e buscam criar possibilidades de mecanismos de reabilitação que, para além de técnicas cientificamente determinadas, construam estratégias de relações e possibilidades de invenções.

Por essas razões, desenvolvemos, nos Acompanhamentos, buscas que colocassem o usuário diante de uma perspectiva que propiciasse a ele engajar-se em alguns processos de intercâmbios, com a constituição que lhe é própria.

Realizamos essa busca, majoritariamente, na comunidade porque deparamos com uma grande dificuldade em relação aos serviços de saúde mental do município em oferecer possibilidades, ou programas, nos quais os usuários pudessem engajar-se em um processo de reabilitação psicossocial. Os serviços, em sua maioria, ofereciam um modo de atenção assentado em consultas médico-psiquiátricas, para avaliação medicamentosa, mas não apresentavam outras formas de tratamento, tais como psicoterapias, terapia ocupacional e outras.

Uma outra questão que detectamos em relação aos serviços da rede de saúde mental é uma desestruturação da própria forma de organização *em rede*¹⁹, o que gera problemas de comunicação entre os serviços e, mesmo quando essa existe, percebemos dificuldades na implementação de determinadas estratégias. Apenas três usuários conseguiram vincular-se em serviços da rede de saúde mental que dispunham de programas voltados para ações psicossociais.

Nos outros casos, exploramos alternativas na comunidade, em organizações ou associações da cidade, governamentais ou não, que ofereciam cursos culturais ou profissionalizantes, ou atividades que possibilitassem a abertura de uma rede de relações sociais para o acompanhado. Encontramos tais possibilidades nas seguintes organizações: Serviço

¹⁹ Sobre esse ponto, voltaremos em análise mais tarde, quando tratarmos, exclusivamente desse assunto.

Social da Indústria (SESI), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), Centro de Formação Profissional da Prefeitura, Centro de Convivência do Hospital Santa Tereza e Oficinas Culturais da Casa da Cultura da prefeitura municipal de Ribeirão Preto.

Por um lado, procurarmos essas alternativas na comunidade mostrou-se vantajoso sob diversos aspectos, relacionados, fundamentalmente, com possibilidades de abertura de universos sociais para o acompanhado, que fossem além dos sistemas de saúde, os quais têm-se constituído como únicos dispositivos de convivência social dessas pessoas, que durante vários anos de sua vida têm cumprido, uma *via crucis*, ou seja, o árduo percurso concretizado pelo longo tratamento que empreendem na rede de saúde mental.

Mas, por outro lado, os serviços permanecem omissos em relação ao direito de todo usuário obter tratamento integral e recursos de reabilitação psicossocial que lhe capacite a criar possibilidades de inclusão nos sistemas de produção e trocas materiais e simbólicas e que lhe amplie o universo de contratualidade social.

Palombini (1999) sustenta o ponto de vista da necessidade dos serviços de saúde mental funcionarem, realmente, dentro de uma integralidade, um dos princípios de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Argumenta, também, pontuando a tarefa que nós, trabalhadores da área de saúde, temos que enfrentar e construir:

“Segue sendo um desafio, porém, a efetiva consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer sustento, referências, possibilidades de tratamento e perspectivas de vida aos ditos doentes mentais, levando em conta o sujeito psíquico aí implicado, sem deixar de reduzir o tratamento medicohospitalar mas também sem apenas dissolver-se em praticas político-sociais.” (PALOMBINI, 1999, p. 27).

Kinoshita (1996) atenta para o mesmo problema e indaga o que faremos quando o manicômio não mais existir. Ele prossegue, afirmando que acha muito difícil partir de um lugar em que os pacientes têm um poder de contratualidade zero para uma situação efetiva

de inclusão nas trocas sociais. O que acredita o autor é que, provavelmente, estacionemos em uma organização da assistência mais humanizada, mais tolerante, até mais bonita, porém igualmente excluída e sem valor. Salienta que o poder de contratualidade do usuário começa na própria relação estabelecida com os membros da equipe que o atende e, posteriormente, na elaboração de projetos que, efetivamente, modifiquem a capacidade do paciente, para que ele obtenha valor contratual.

Outro fator importante, apontado nas reuniões de equipe para discussão de casos e que motivaram o encaminhamento de pacientes para o AT, era o relacionamento familiar conturbado a partir de conflitos vivenciados no dia-a-dia devido a manifestações idiossincráticas do paciente, e, por vezes, proscritas socialmente, provenientes do adoecimento e os sintomas característicos da doença mental, que elevavam as tensões entre os membros familiares e o paciente. Em alguns casos, a família passava a rejeitá-lo e, por vezes, tentava abandoná-lo em instituições particulares ou mesmo no Hospital.

As famílias, em geral, desestruturam-se, mas quando apoiadas e orientadas respondem acolhendo melhor o membro que adoeceu e tentam, efetivamente, fazer o melhor para o paciente.

O que percebemos é que os conflitos entre usuários e familiares mostravam-se como um fator importante no sentido de acentuar a crise vivida a partir da doença e que também causavam reinternações em excesso, na medida em que as famílias, estressadas, desorientadas e desgastadas pela gravidade dos sintomas psicóticos, pressionavam os serviços de triagem para a internação integral de seu membro doente. E quando não conseguiam a internação desejada, por meio dos vários serviços de saúde, tentavam a internação via sistema judiciário. Hoje, de acordo com nossa experiência em uma unidade de internação psiquiátrica, o número de internações judiciais vem aumentando visivelmente, na mesma proporção em que os

serviços não conseguem atender caso a caso, ou seja, tentando descobrir estratégias que venham responder às reais necessidades das pessoas com intenso sofrimento mental.

Entretanto, se há uma dada organização dos serviços para apoiar as famílias, elas conseguem atender suficientemente bem as necessidades de seu membro adoecido e esse, por sua vez, apresenta uma boa melhora em seu quadro sintomático e em sua qualidade de vida, conforme nossa observação no Hospital, dos pacientes que recebemos da rede de saúde mental.

Em vários dos casos atendidos, evidenciamos que esses conflitos foram os fatores responsáveis para o encaminhamento dos pacientes para o Acompanhamento Terapêutico.

As intervenções, que realizamos por meio do AT, em relação aos familiares deram-se, principalmente, nas altas-licenças. O AT ajudou na orientação do manejo clinicamente orientado do usuário e de uma ação de reorganização dos espaços e potenciais domésticos de cuidado e, em alguns casos, auxiliou em um planejamento em relação a vários aspectos da vida do paciente e que a família passou a compactuar dessas estratégias e somar esforços, no sentido de minimizar as conseqüências advindas do intenso sofrimento mental.

No caso de Ernesto, a partir do AT, conseguimos planejar, junto com o usuário e a família, como iriam rematricular o jovem acompanhado na escola e a planejar algumas divisões de tarefas, por meio das quais, cada membro da família deveria organizar-se para realizar os cuidados ao paciente.

Gustav, após eventos de intensa tragicidade familiar, com mortes, acidentes e adoecimentos severos, apresentou um isolamento social importante e fez uma grave tentativa de suicídio. Durante reunião familiar, a irmã, ao relatar a tentativa de suicídio do irmão, teve uma crise emocional intensa, recebeu atendimento médico no Setor, medicada com sedativos. Quando propomos o AT como projeto terapêutico para Gustav, ela se mostrou, visivelmente, mais calma e segura. Aparentemente, a proposta de Acompanhamento de seu irmão fornecera-

lhe, nesse momento, um certo acolhimento às suas angústias em face de sentimentos de descrédito, de desamparo, de ‘não saber o que fazer’. Nesse caso, pudemos fornecer a Gustavo um encaminhamento do tratamento, com propostas satisfatórias para incluí-lo em serviço de reabilitação, seguimento terapêutico e curso profissionalizante.

Um outro exemplo foi o de Teodoro. Trabalhamos a família por meio dos atendimentos e em reuniões familiares com toda a equipe, no sentido de se buscar uma reparação nas relações familiares desgastadas por várias ações do paciente, que prejudicaram diretamente vários membros da família.

Thomas foi encaminhado para internação por vizinhos, pois fora abandonado pela família há anos. Segundo relato da mãe, quando foi encontrada pelo serviço social, ela havia abandonado seu filho por exigência do marido, que não acreditava na doença do filho e a proibiu de cuidar do paciente. Ela cuidava do filho à distância, com o auxílio de uma vizinha. A partir do AT, fomos conversando com a mãe sobre a necessidade do paciente viver com um familiar que lhe propiciasse cuidados diretos. Aos poucos, ela concordou em morar com o filho e enfrentar a discussão sobre isso com o marido. Na época da alta hospitalar, a mãe e um irmão foram morar com o paciente. Posteriormente, por ocasião de uma visita de Thomas e sua mãe no Hospital, eles contaram-nos, que o pai concordara em morar na casa com a esposa e os dois filhos.

No caso de Michael, orientamos a tia e a cuidadora em relação a determinados cuidados com ele, como estabelecer determinados acordos para que Michael pudesse usufruir de mais liberdade, e incentivá-lo a agir com responsabilidade.

Ebner foi encaminhado ao AT devido a prováveis problemas familiares na base do desencadeamento de sua crise. No acompanhamento que desenvolvemos em sua casa, durante alta-licença, evidenciamos aspectos problemáticos na vida e constituição familiar. Toda a família sofria de transtornos mentais. Um irmão estava na prisão. Os irmãos de Ebner eram,

cada um, de pais diferentes e a mãe vivia com o pai de Ebner, dependente químico e agressivo, em troca de sustento financeiro, sem, contudo, manter relações conjugais com o mesmo. Nesse caso, apesar da concordância da mãe com os atendimentos, ela passou, gradualmente, a exercer uma resistência muito grande ao Acompanhamento do filho. Quando propusemos um projeto de inclusão de Ebner em uma organização social, ela colocou diversos empecilhos para que o filho freqüentasse. Ela agiu da mesma forma quando lhe propusemos que freqüentasse o local, juntamente com o filho.

Com Euclides, dialogamos com o serviço de referência do seguimento do tratamento psiquiátrico, em sua cidade, e combinamos que sua família fosse incluída em um programa de atendimento domiciliar e em reuniões de família, realizados no ambulatório da cidade. Além disso, orientamos seus familiares, quando estávamos em sua moradia, sobre a importância de freqüentarem as reuniões do programa oferecido pelo serviço de saúde mental de sua cidade.

O que observamos, portanto, é que as famílias, com exceção de Ebner, responderam bem às intervenções e propostas que desenvolvemos por meio dos atendimentos em AT. Em geral, após o impacto em decorrência da intensidade da crise, que normalmente é desestruturante, as famílias, quando atendidas e sustentadas em suas dúvidas, incertezas e inseguranças, organizaram-se em somatória aos esforços de ajuda ao paciente e alguns membros dos familiares se declararam fortalecidos após os atendimentos.

Outro fator que observamos e esteve na base dos encaminhamentos para AT, é o número elevado de internações apresentado por alguns usuários.

Nesses casos, evidenciamos uma série de problemas que causaram as repetidas internações que, geralmente, relacionam-se com uma carência de cuidados mais específicos oferecidos pelos programas terapêuticos dos serviços extra-hospitalares.

De acordo com nossa observação, em uma unidade de internação psiquiátrica, deparamos com situações de um ‘ir e vir’ do paciente em relação ao serviço ambulatorial que faz seguimento e o Hospital. Os familiares relataram que os pacientes, freqüentemente, após a alta hospitalar, permaneciam em suas casas sem recursos que os auxiliassem a retomar suas vidas produtivas e inseridas na comunidade. Relataram, igualmente, que nos serviços extra-hospitalares em que faziam seguimento do tratamento psiquiátrico, os pacientes realizavam um atendimento médico com o psiquiatra após dez dias da alta hospitalar, agendado pelo Serviço Social do Hospital, mas depois de conseguirem a prescrição médica e o medicamento, retornavam a suas casas e esperavam, aproximadamente, cinquenta a sessenta dias para uma reavaliação médica e não obtinham qualquer outro tipo de atendimento terapêutico, por meio de outras abordagens de áreas profissionais da saúde, além da médica-psiquiátrica.

As famílias relataram, ainda, que os pacientes, com freqüência, abandonavam o uso do medicamento e do tratamento e esses familiares atribuíam esse fenômeno a uma falta de apoio técnico-terapêutico por parte das equipes dos serviços ambulatoriais que freqüentavam. Eles enfatizaram o fato de se sentirem impotentes para administrarem a medicação quando os pacientes não querem tomá-la, e para realizarem um manejo adequado que os incentivasse a permanecer realizando o tratamento.

Nesses casos, o AT foi indicado pela equipe, como uma tentativa de identificarmos a problemática na raiz das constantes reinternações e no sentido de tentarmos apontar algumas possibilidades resolutivas, tais como: a vinculação dos usuários em algum programa específico dos serviços ou em associações na comunidade.

Ressaltamos, como já mencionamos anteriormente, a necessidade dos serviços extra-hospitalares organizarem-se para oferecerem uma forma de atenção psicossocial mais efetiva, com orientação familiar e para o paciente sobre o tratamento, visitas domiciliares e

ações voltadas para a recuperação no sujeito de habilidades para reconstrução material e simbólica de sua vida e seu cotidiano.

Com Michael, isso ficou muito evidente. Por meio do AT, identificamos uma problemática de abandono social importante, com pouca sustentação do serviço de seguimento psiquiátrico ambulatorial. Quando tentamos a inclusão do usuário e da cuidadora em um Centro de Convivência e fomos tentar providenciar carteiras para transporte gratuito, constatamos que o usuário perdera todos os seus documentos. Em contato telefônico com o serviço ambulatorial, descobrimos que há anos a medicação do usuário era substituída por outra devido à falta de documentação e isso nunca veio a conhecimento da equipe do Hospital, nem da rede de saúde mental.

Situações como a de Michael ocorrem com frequência na rede de saúde mental, geralmente por falta de comunicação entre os serviços. Isto é, condutas e estratégias que tinham sido acordadas com o paciente e sua família são interrompidas quando chegam no serviço de saúde mental de referência. Isso constitui um dos principais motivos das constantes reinternações e fazem que os pacientes se vejam presos ao processo repetitivo de um 'ir e vir' entre os serviços e o Hospital.

Muitos familiares, após conhecerem o AT e verem-se beneficiados por tais atendimentos, solicitavam a vinculação do seu familiar doente em algum serviço que oferecesse uma proposta terapêutica semelhante.

Em um dos casos, com Gustav, encaminhamos o paciente para um Grupo de Psicoterapia, indicado para seu quadro patológico.

Com Euclides, sua vinculação se deu em um programa específico do serviço que fazia seguimento. E Thomas foi encaminhado para outro serviço, especializado para atendimento a usuários de substâncias químicas.

Por fim, nos outros casos, ainda, conseguimos vincular os usuários em alternativas na comunidade, onde buscamos recursos diferenciados para inclusão social e construção de redes de relações sociais.

Apontamos alguns outros fatores que, mesmo em menor incidência, constituíram-se, em alguns casos atendidos, os motivos centrais do encaminhamento ao AT.

Como primeiro deles, salientamos a gravidade do quadro patológico, normalmente marcado por manifestações de intensa agressividade e violência a pessoas da família e terceiros, graves tentativas de suicídio e rompimento intenso e prolongado com a realidade. Nesses casos, vimos manifestações de fragmentação da personalidade e a ausência de uma imagem unificada do corpo, ou do 'eu'.

Em um dos casos, o paciente não conseguia lembrar-se de nada do que havia acontecido com ele, durante uma crise em que via uma mulher que o perseguia e ouvia vozes de comando. O paciente, segundo relato da mãe, colocou-se em perigo de diversas maneiras, para fugir das alucinações. O paciente não conseguia lembrar-se de nada do que a mãe relatara. A equipe encaminhou esse caso para o AT, para tentar, por meio dos atendimentos, recuperar algum indício de memória, pois houve a suspeita de algo orgânico (Hauke).

Thomas apresentava um estado extremamente cindido do pensamento. Fragmentado, manifestava delírios e alucinações visuais de despedaçamento do corpo. Quando esse paciente foi encaminhado para o AT, frente à história de abandono familiar, o pai colocando-se como agente inimigo do paciente e disputando a mãe, e frente aos sintomas apresentados, percebemos que o paciente necessitava de uma intervenção que pudesse, minimamente, reestruturar algo de sua imagem corporal e de uma imagem unificada do 'eu'.

Maximino (1998, p.52) argumenta sobre essa manifestação importante nas psicoses, que é a ausência de uma unidade interna, uma matriz imaginária que possibilita aos

seres humanos a construção do “ego ideal”, uma imagem unificada que identifica o sujeito, via a construção de uma matriz simbólica, que propicia a criação de uma imagem de si mesmo.

Portanto, iniciamos o AT no Hospital, associado a atendimentos terapêuticos ocupacionais. Nessa ocasião, identificamos o que Winnicott (1975) aponta como um estado de ‘aniquilamento do eu’. Isso se dá, segundo o autor, quando, em fase muito precoce da vida, uma pessoa sofre privações constantes e prolongadas, no suprimento de suas necessidades básicas, por meio de um contato materno deficitário, a partir do qual o sujeito não pode enfrentar o choque da perda da onipotência e ultrapassar o período da ilusão e enfrentar a separação do eu e do outro, portanto, ele não pode simbolizar as experiências vividas e adquirir a possibilidade de um viver criativo.

Diante das manifestações patológicas de Thomas, iniciamos o Acompanhamento no Hospital, propiciando-lhe um *Holding*, ambiente e postura provedora, que ao permitir que o paciente usasse o vínculo como forma de sustentação, surgisse uma possibilidade, mínima, para um processo de ‘(re)personalização’, a partir do qual Thomas pudesse voltar a habitar o próprio corpo.

Barretto (1998, p. 63) aponta para o valor das funções ambientais estudadas na obra winnicottiana como forma de manejo clínico privilegiado a ser aplicado no Acompanhamento Terapêutico. Nesse sentido, aponta para a função do *Holding*, como uma função importante que um acompanhante pode utilizar. O autor argumenta que o acompanhante ao se colocar em um lugar, representado pela mãe-ambiente nos momentos iniciais da relação mãe-bebê, fornece um *Holding*, uma postura provedora vivenciada por meio de um ambiente estável e experiências de continuidade física e psíquica e sustentado por um “estar junto” em que “ (...) o valor desta experiência, não se dá somente por haver um corpo junto ao corpo do paciente, (...) mas por ser um corpo habitado, um corpo atento, um corpo que carrega uma história do próprio vínculo”.

Associamos, no caso de Thomas, o AT com atendimentos terapêuticos ocupacionais, nos quais, por meio da análise de suas atividades, reestruturamos um pouco de sua imagem corporal e de uma unidade do 'eu'. O paciente desenhava partes de um corpo humano espalhados pelo papel. Tudo estava aos pedaços, não só seu corpo, como tudo o que desenhava era desmembrado, até representações de objetos da vida diária. Aos poucos, o paciente foi juntando as partes representadas, tanto de seu corpo, quanto de todas as outras coisas, inclusive de sua história pessoal.

A história pessoal foi sendo recuperada por meio dos Acompanhamentos e saídas pela cidade, onde encontramos pontos e lugares antigos e significativos para o paciente.

Ao apontar para uma das características do AT, Berger (1997, p. 80) assinala o acompanhar terapêutico como uma prática que se constitui a partir do que acontece nos espaços por onde caminha a dupla acompanhado-acompanhante, e é como uma colagem de acontecimentos que influenciam toda uma conformação de eventos subjetivos no sentido da recriação de uma história: “Montamos as cenas com os pedacinhos de mundos concretos e subjetivos que temos à nossa disposição.” .

Cassetari (1997, p. 111) compara o “louco” à situação de Orestes (mitologia grega) que, ao sobreviver a uma tentativa de assassinato e ao viver em outra pátria e em outra família torna-se um “apátrida” e lembra que, segundo Hanna Arendt²⁰, um “apátrida” é um “não-sujeito”. Isto é, esse personagem mitológico vagueia pelo mundo sem nada que o enlace a eventos pessoais, pois não tem uma história. A autora, por meio dessa analogia, mostra como as pessoas com transtornos psicóticos perdem sua história pessoal por diluírem-se em eventos destituídos de sentido para o outro e por vaguearem pelo mundo sem engajar-se nos acontecimentos e permanecerem em um estado de atemporalidade e de uma eternidade vazia. Portanto, coloca o Acompanhamento Terapêutico como a jornada empreendida pela dupla em

²⁰ A autora retira essa proposição da seguinte referência bibliográfica: Way, D. Hanna Arendt: a notável pensadora que lançou uma nova luz sobre as crises do século XX. Uma biografia. Rio de Janeiro: Casa Maria Editorial-livros, 1988.

direção à apropriação de uma história pessoal, permitindo ao acompanhado saber-se sujeito: “A ênfase que atribuo a esse tema está na convicção de que sem esse reconhecimento, sem esse engate a uma história, não pode haver o sujeito que faz escolhas.”.

Thomas, pouco a pouco, lembrava-se de sua história, a compunha com eventos vividos em situações limites, tal como o dia em que passamos pelo lugar em que seu irmão levou um tiro na perna (ele e seus dois outros irmãos eram usuários de drogas). Relembrou o tempo em que assaltava à mão armada para conseguir drogas dos traficantes. E o vermos ali, tão frágil e vulnerável naquele momento foi difícil, para nós, imaginá-lo em tal situação, de ações de intensa violência. Ao caminhar nessa composição de fatos, sentimentos, construindo um mosaico de lembranças, os pedaços da rua, assim como os pedaços de sua história e corpo, esfacelados, Thomas foi compondo, gradualmente, um desenho que resulta em uma totalidade com sentido e uma pessoa começou a aparecer. Inicialmente, uma criança assustada, desprovida de sustentação, depois um adolescente-jovem revoltado e delinqüente e, enfim, um adulto que manifestava desejo. Thomas começou a planejar o que faria quando obtivesse a alta e uma das coisas que tentaria com afinco seria, segundo seu desejo expresso, morar com toda a sua família. Depois, começou a trocar seu desejo de ser arquiteto e começou fazer planos para voltar a estudar e terminar o colegial e, por fim, matriculou-se em curso profissionalizante de jardinagem.

Recordamos o primeiro dia que saímos e fomos à Casa da Cultura e procuramos, com particular energia demonstrada por Thomas, algum curso de desenho, que, naquele momento, constituía o que queria fazer quando saísse de alta. Quando retornamos ao Hospital, encontramos com sua psiquiatra e ela lhe perguntou: “E aí, como foi o passeio?”, ele respondeu-lhe: “Tenho certeza, agora, que estou no caminho de reconstruir a minha vida, e hoje foi o primeiro dia.”

Dessa forma, podemos ver como a gravidade dos sintomas apresentados, em alguns casos, foi motivo de preocupações da equipe, o que resultou em um dos fatores de encaminhamento para o AT.

Nesses casos é que podemos afirmar ser necessário uma ação no sentido de propiciar apoio e sustentação intensivos, por meio do vínculo, ao resgatar os elementos constituintes da subjetividade do paciente.

Outro fator que constatamos, que motivou os encaminhamentos para AT, foi o de evitar outras internações, como uma forma preventiva a possível cronificação.

Assim, vemos, nos casos de Ernesto, Ebner e Hauke, a gravidade dos sintomas associada à baixa idade e à necessidade de prevenir futuras internações.

Com Ernesto, vemos um jovem de 18 anos, com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo associado à esquizofrenia paranóide, e que abandonou os estudos no 1º colegial. Permaneceu por cerca de seis meses trancado em seu quarto, não saindo nem para se alimentar, nem para higiene ou necessidades fisiológicas. Ele apresentava seis internações psiquiátricas em sua vida, quando foi encaminhado para AT. Ernesto e sua família passaram por várias perdas, o pai, um tio e o avô faleceram em curto espaço de tempo, pessoas as quais ele, segundo relato da mãe, era muito ligado. Realizamos o acompanhamento em sua residência e outros membros da família estavam presentes. Saímos para procurar a escola que cursava o colegial e esse contou os sentimentos que passaram por ele quando se trancou em seu quarto. Ele tinha medo de se dissolver quando estava em contato com outras pessoas e, ao mesmo tempo que temia intensamente a morte, em contrapartida, a desejava. Por meio do AT, Ernesto conseguiu uma certa organização interna e pôde sentir segurança em retomar sua vida escolar e convivência social.

No segundo caso, Ebner, um jovem de 20 anos, com esquizofrenia paranóide, em 1ª internação. Porém, os sintomas que apresentou mostraram-se de intensa gravidade, na

época da internação. O jovem, segundo relato da mãe, mantinha relações sexuais com moradores de rua, sem critério algum, e manifestava desejos de manter relações sexuais com crianças.

No terceiro caso, Hauke com 19 anos, diagnóstico de esquizofrenia paranóide, registrava diversas perdas em sua vida. Ao envolver-se com usuários de drogas, o jovem já tinha cometido ações criminosas, abandonou a escola e permanecia sem atividade produtiva em casa. Na época em que foi encaminhado para o AT, encontrava-se na terceira internação, motivada por se colocar em sérios riscos durante as manifestações de crise. Por meio do AT, ajudamos Hauke a encontrar um eixo organizador que possibilitou que ele elaborasse alguns planos e se inscrevesse em um curso profissionalizante.

Nos casos apresentados, trabalhamos, no AT, a inclusão dos pacientes em atividades sociais, escolares e profissionalizantes.

A criação de redes de relacionamentos sociais também foi um fator importante de encaminhamento para AT. Intimamente associado ao fator de necessidade de inclusão social e vinculação a órgãos de reabilitação psicossocial, esse aspecto mostrou-se, particularmente, importante nos casos em que identificamos um isolamento social grave, com tentativas de suicídio.

Teodoro, um senhor de 51 anos, com transtorno afetivo bipolar, em episódio depressivo, permanecia quase todo o tempo em sua casa, no leito. Às vezes, não saía da cama nem para higiene pessoal e alimentação. Esse senhor, antes da deterioração provocada pela doença, tinha uma vida social farta, com uma rede importante de amigos. Uma das perdas importantes para o paciente e que, segundo ele, era fonte de desespero e desejo de morte, era exatamente o afastamento de amigos, a partir do adoecimento. Nesse caso, centramos nossos esforços na tentativa de criação de uma rede de relações sociais para o paciente, a partir de sua inclusão em algum clube ou associação em que pudesse pertencer a um grupo social. O paciente

mostrou interesse e inscreveu-se em curso de computação para terceira idade, oferecido por associação conhecida na cidade.

Gustav, também portador de transtorno afetivo bipolar e, igualmente em episódio depressivo, contou que sempre sofreu, em suas palavras, de “fobia social”, e que tinha muito medo de se dirigir a outras pessoas ou fazer contato, pois temia ser rejeitado. Permanecia em casa, sem sair para qualquer tipo de atividade; uma irmã tinha que abastecer-lo em todas as suas necessidades, até que fez uma grave tentativa de suicídio. Com o AT, buscamos alguns locais que ofereciam oficinas culturais e cursos profissionalizantes. Conseguimos inclui-lo em um curso de computação. Além disso, o inserimos em um Grupo Psicoterapêutico em um serviço de saúde mental do município.

No caso de Thomas, presenciamos, igualmente, abandono e isolamento social importante. Ele vivia sozinho, em total estado de abandono. Quando os sintomas abrandaram, ele nos contou que pegava restos de comida que cozinhava em seu fogão de lenha e comia tudo até acabar, para não estragar e também por não saber quando iria comer novamente. Esse usuário, quando chegou no Hospital, parecia um ‘homenzinho das cavernas’, tinha a barba comprida, cabelo desgrenhado e comprido. Acompanhamo-lo até o cabeleireiro e, após certificar-se que o profissional não lhe cortaria o pescoço, admitiu cuidar-se de seu aspecto físico. Com o AT, fizemos contato com um centro de formação profissional e abrimos a possibilidade para que ele se matriculasse em curso profissionalizante. Além disso, o vinculamos em um serviço de saúde mental que oferecia mais possibilidades terapêuticas que o anterior. Por meio do AT, abrimos a possibilidade de criação de uma rede de relacionamentos afetivos para o paciente, a partir da reinserção familiar e inclusão em um grupo de alunos de um curso profissionalizante.

No que diz respeito às redes sociais, Carvalho (2004) oferece uma compreensão das redes como teia de articulação dos diferentes atores sociais e instituições que

se constituem como elementos fundadores do dia-a-dia das pessoas e dimensiona essa noção, colocando-nos sobre a importância que representam as redes sociais, segundo estudos epidemiológicos, para a saúde de cada indivíduo. Para a clientela de um determinado serviço de saúde ou saúde mental, a noção de rede remete, igualmente, a um suporte de interdisciplinaridades que viabiliza a conexão entre os diferentes dispositivos clínicos.

Saraceno (1998) aponta para a importância de pensarmos em estratégias de saúde mental que promovam relações para que as experiências desagregadoras, vividas no adoecimento, não invalidem o sujeito nas várias dimensões de sua existência, mas possibilitem uma capacidade de gerar sentido, valor social, elementos básicos ao restabelecimento de uma contratualidade social. Para ele, essa rede de relações que promove o indivíduo que sofre em um sujeito gerador de sentido, só pode ser constituída a partir do campo da organização, do campo das finalidades e do campo do poder dos serviços.

Carvalho (2004) argumenta que existem três dimensões, nas quais, podemos considerar as redes como elementos essenciais presentes e condicionando todo e qualquer trabalho clínico: a rede institucional, constituída por hospitais, hospitais-dia, ambulatórios, clínicas e outros; rede de atendimento formada pelos terapeutas, acompanhantes terapêuticos, psiquiatra, etc; rede no acompanhamento, que é constituída por acompanhante, acompanhado, família, cidade, serviços, organizações sociais e outras. E direciona a discussão para uma tendência importante, nos dias atuais, que é a participação dos acompanhantes terapêuticos nas políticas públicas de saúde.

Portanto, o que notamos é que, a perspectiva de rede, como possibilidade de conhecer e levar em conta a totalidade dos contextos dos indivíduos que acompanhamos e cuidamos, faz parte da essência da função do Acompanhamento Terapêutico.

Se, por um lado, por meio dos atendimentos que realizamos com os usuários do SAM, evidenciamos a busca de redes de relações sociais como uma das estratégias principais

para conseguirmos uma certa inclusão social dessas pessoas no sentido de lhes propiciar uma melhoria em sua qualidade de vida, alternativas para melhores condições de saúde e abrir possibilidades para aumentar seu poder de contratualidade, por outro lado, deparamo-nos com uma grande dificuldade representada pela rede institucional, nas palavras de Carvalho (2004), que se constitui nas instâncias e nos serviços da rede de saúde mental do município e da região coberta pela Direção Regional de Saúde (DIR XVIII). Podemos dizer, igualmente, que as dificuldades se instauram devido a uma certa organização e finalidades dos serviços, nas palavras de Saraceno (1998).

A seguir, tratamos mais extensivamente esse assunto, que é uma das maiores dificuldades percebidas, representada por uma rede de serviços em saúde mental assentada em formas de organização que não respondem às reais necessidades dos usuários, levando-os ao trajeto persistente entre hospitais e serviços cuja organização fragmentada leva o paciente a cair num circuito de tratamento, totalmente sem eficácia e cronificador, tal como nas formas asilares.

4.4- Dificuldades Apresentadas

4.4.1- Transtornos Mentais e Rede Social

O aspecto que mais mobilizou os Acompanhamentos Terapêuticos realizados foi a necessidade de buscar, com os pacientes, processos de integração psicossociais. Isto é, a construção de possibilidades de inclusão dos sujeitos em sistemas de interação social, de construção de vínculos interpessoais, inserção comunitária e nas práticas sociais. Paralelamente, buscamos, igualmente, a continuidade do trabalho de construção dessas possibilidades para além das intervenções hospitalares, a partir de canais de comunicação com os serviços de saúde mental de caráter comunitário, na tentativa de inclusão dos usuários em programas de

reabilitação psicossocial, que propiciassem aos sujeitos a continuidade de um tratamento voltado para a promoção de seu bem-estar, de desenvolvimento das identidades, da consolidação de potenciais de mudanças na relação com a doença e com a vida.

Contudo, encontramos também o ‘outro lado da lua’: o mal-estar e o adoecer solitário, os processos psicossociais de desintegração do ser e das identidades, os impedimentos institucionais à criação de potenciais de mudanças.

Se, por um lado, os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos e culturais constituem e sustentam o universo humano de um sujeito, o que lhe dá contorno identitário e o sentimento de pertencimento a uma sociedade, por outro, o conjunto de relações interpessoais mais próximas de um indivíduo, aquela que constitui uma rede de relações significativas para ele, é o que vai contribuir para o reconhecimento e a percepção de uma imagem de si enquanto sujeito. A isso Sluzki (1997, p. 48) chama de “rede social pessoal” e a malha social mais geral de “rede social extensa”. Segundo esse autor, as funções das redes são a de promover companhia social, apoio emocional, guia cognitivo, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

Quando voltamos o olhar para os pacientes atendidos neste trabalho, constatamos sua total desconexão com qualquer dimensão organizada de rede de relações sociais. Mesmo na família, essas pessoas encontram-se destituídas de interações mais significativas e de funções relevantes na malha relacional familiar. O único papel que acaba por lhe caber, enfim, é o do doente.

Para Sluzki (1997), a “rede social pessoal” é composta pela família, amigos, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias (religião, clubes, organizações frequentadas e serviços, inclusive os de saúde). Para tanto, oferece um modelo que representa os planos que formam essa rede, baseado em círculos concêntricos, no qual o círculo interno é formado pelas relações íntimas, familiares e amigos íntimos que convivem no cotidiano; a

seguir, um círculo intermediário contém as relações pessoais com menos vínculo de compromisso, relações profissionais, amizades sociais e parentes não próximos; e um círculo externo representado pelas relações ocasionais, freqüentadores do mesmo clube, igreja, etc.

O que verificamos com os nossos usuários foi uma exclusão generalizada de todas as esferas de inter-relacionamento social descritas acima, sobretudo no que diz respeito às esferas intermediária e externa, as quais representam os vínculos sociais significativos e que tratam diretamente de trocas materiais e simbólicas que compõem os intercâmbios sociais e que fazem os indivíduos reproduzirem uma vida com valor social e existencial.

Spivak (1987 apud SARACENO, 1999, p. 52)²¹ apresenta um conceito de cronicidade, nos portadores de transtornos mentais graves, vinculado à noção de uma existência problematizada por repetidos insucessos do sujeito, na tentativa de construção de uma vida com sentido, marcada pelo próprio diagnóstico e sua concepção fundamental de incurabilidade. A cronificação acontece quando há um processo progressivo de distanciamento entre o portador de transtorno mental e os vários atores e instituições sociais, isto é, assim como um processo caracterizado pela desistência, principalmente, dos técnicos de saúde, de investir em um projeto terapêutico para o paciente, em uma atitude de se desresponsabilizarem frente à impotência curativa e de salva-guardarem suas próprias auto-estimas profissionais. Isso, segundo o autor, leva ao que denomina de “espiral pela estabilização crônica” que culmina em estados de exclusão social do usuário e um crescente empobrecimento ambiental que marca profundamente sua existência.

Desviat (1999, p.83) aponta para o problema, quando fala das novas formas de cronicidade da doença e dos serviços de saúde mental. Ele coloca sobre a falta de alocação eficiente dos recursos, que se manifesta em uma falta de planejamento de uma gestão de recursos públicos. Além disso, chama a atenção para a carência de espaços flexíveis e

²¹ Spivak, M. Introduzione allá riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. In: **Revista Sperimentale di Psichiatria**, v. 111, p. 532- 574, 1987.

intermediários entre os serviços de saúde e sociedade, os quais buscariam solidificar os caminhos da desinstitucionalização. Afirma ainda que os processos de desospitalizações desenvolvidos pela psiquiatria reformada levaram apenas a um processo de “transinstitucionalização”, ao invés de uma desinstitucionalização: “(...) uma mudança de alojamento e não uma transformação das práticas assistenciais (...)”. E, mais adiante, conclui: “(...) a inexistência de uma delimitação clara entre os serviços de saúde e os serviços sociais constituem um dos maiores obstáculos à desinstitucionalização.”.

Para Birman e Costa (1994), as decorrências principais das reformas psiquiátricas, principalmente em relação ao ideal preventivista de saúde mental, são uma extensão da ação psiquiátrica para as esferas sociais, anteriormente não medicalizadas e vão constituir as novas formas de exercício do poder médico no sentido de sua afirmação enquanto instituição normatizadora e de controle social. Porém, as mudanças advindas das reformas não provocaram uma transformação verdadeira das práticas institucionais que marcam as ações dos novos serviços de saúde mental.

O panorama, que encontramos na rede de saúde mental e suas propostas de tratamento aos usuários na área, apresenta esses dois aspectos salientados pelos autores acima. Encontramos uma estrutura de atendimento que, embora com ênfase no caráter ambulatorial de atendimento, transpõe para a rede um modo de atenção ainda apoiado em um modelo médico e em intervenções, prioritariamente, medicamentosas, embora muitos desses serviços contenham uma equipe multidisciplinar.

Inscrita nesse panorama, encontramos uma dificuldade importante em relação aos objetivos das intervenções em Acompanhamento Terapêutico que realizamos com esses usuários. A tentativa de estabelecer com o paciente formas de sua inclusão em redes de relacionamento sociais e a continuidade desse trabalho de inclusão garantido pela sua

vinculação a programas oferecidos por serviços de saúde mental encontrou um obstáculo de peso, que se constituiu na forma como os serviços estão organizados.

Sluzki (1997) salienta como a rede social afeta a saúde dos indivíduos. Além de citar estudos epidemiológicos que mostram que, neutralizadas todas as variáveis que poderiam interferir na saúde de um indivíduo, a variável rede social mostra-se uma poderosa capacidade preditiva de sobrevivência dos pesquisados. O autor propõe alguns mecanismos pelos quais a rede social ativa e eficiente afeta positivamente a saúde dos indivíduos. Dessa forma, coloca que isso acontece porque as redes sociais exercem uma ação contextualizadora e significativa aos seus integrantes. Por meio dos vínculos afetivos, a pessoa se reconhece e apóia-se, cotidianamente, em todas as suas ações e processos pelos quais constrói sua vida.

Outro fator importante das redes sobre a saúde individual é a ação de sustentação psíquica exercida por meio do apoio emocional oferecido pela proximidade e familiaridade de outras pessoas. Além disso, as redes contribuem para dar sentido à vida de seus membros e o sentimento de existência voltada para a alteridade. Por fim, as redes proporcionam uma retroalimentação cotidiana, ao fornecer sentimento de pertencimento, de segurança e confiabilidade, condições necessárias a uma vida com sentido e valor.

Entretanto, o autor aponta para o fato de como a doença se interpõe como um elemento obstrutivo à formação de redes sociais. A pessoa que vive a experiência de apresentar uma doença por um tempo prolongado, tende a ser privada de contatos sociais, devido a formas de tratamento que exigem reclusão e separação dos ambientes sociais. Além disso, vê reduzidas suas chances de colocar-se em situação de reciprocidade em relação a outras pessoas devido à condição de desvantagem social a que está submetida, não podendo estar em contato direto com a dimensão da produção material da vida (SLUZKI, 1997).

Nesse caminho, verificamos como diversos autores afirmam a necessidade de ações reabilitadoras que desenvolvam novas atitudes nos pacientes, assim como nos vários

contextos da realidade, há a necessidade de engendrar movimentos inovadores de produção de trocas materiais e simbólicas, fomentadoras de valor social e existencial.

O Acompanhamento Terapêutico mostrou-se, para nosso estudo, uma estratégia poderosa para a criação de uma clínica voltada para a produção de possibilidades inclusoras em redes sociais de sustentação e formas mais democráticas de sociabilidade.

Barretto (1997, p. 250) fala de uma “clínica do cotidiano”, que, ao se realizar no dia-a-dia de uma pessoa em crise, proporciona a essa se tornar, verdadeiramente, sujeito de sua existência.

Carvalho (2004) muda a expressão anterior e realça o AT como uma “clínica no cotidiano”, porque coloca terapeuta e cliente diante de injunções que os confrontam diretamente com os fatos da vida real e no exato momento em que acontecem. As estratégias escolhidas, portanto, têm que lidar concretamente com as dimensões sociais imediatas do paciente, sua família, amigos e outros atores que possam ser incluídos em uma malha social que receba esse sujeito com todas as suas idiossincrasias e lhe abra possibilidades de um viver criativo no interior da sociedade (CARVALHO, 2004, p. 54).

Entretanto, realçamos a diferença entre as ações de uma reabilitação psicossocial e o processo que Birman (1980, p.73) denomina de “medicalização do espaço social”. De acordo com o autor, a medicina e a psiquiatria, em uma roupagem mais humanizada, estende seu campo de atuação a dimensões e fenômenos sociais que não dizem respeito à esfera médico-psiquiátrica. E, por meio do dispositivo das inter-relações sociais, produzem padrões de condutas normatizadas para atender aos seus objetivos de ampliação e cristalização do seu papel de instituição de poder e controle social.

O que a reabilitação psicossocial propõe é o inverso, é retirar do poder e exclusividade médicos a monopolização dos discursos e saberes que vão constituir um novo modo de atenção em saúde mental. O objetivo central dessa reabilitação não é a adaptação dos

pacientes ao modelo de condutas socialmente desejáveis, mas abrir espaços, lugares e possibilidades em que o usuário possa inscrever sua história, participar das trocas sociais, sair de uma situação de desvalor para uma de geração de valor e sentido, incluir-se em todas as dimensões oferecidas pela sociedade, a partir do desenvolvimento de posturas nos usuários que potencializem transformações dessas dimensões, em direção a formas mais democráticas de sociabilidade (MANGIA; NICÁCIO, 2001).

Dessa forma, salienta-se a importância de práticas terapêuticas que intervenham na rede social do paciente, com o intuito de mobilizar novos recursos internos e externos ao ambiente do cliente e família, que aumentem a eficácia do tratamento e abram portas para experimentações e invenções de práticas que coloquem novos atores sociais em “ (...) um movimento coletivo de busca de novas modalidades de existência, novos valores e novos sentidos.” (MELMAN, 2001, p. 85).

A partir do Acompanhamento Terapêutico que realizamos com os usuários, deparamo-nos com uma riqueza de aberturas concretas para melhoria efetiva da qualidade de vida por meio das inserções dos acompanhados em alguma rede social, porém, há, igualmente, barreiras importantes representadas pelas incrustações anacrônico-institucionais presentes na organização dos serviços de saúde mental.

4.4.2- A Família e os Transtornos Mentais

Com os Acompanhamentos Terapêuticos, tomamos um contato maior com os familiares dos usuários do que por meio das intervenções puramente hospitalares. Realizamos os atendimentos, muitas vezes, na casa dos pacientes, que envolve também sua família, e nos propicia perceber, mais distintamente, os sentimentos gerados na família a partir do adoecimento de um de seus membros e as formas que encontra para enfrentar toda a problemática conseqüente a esse processo.

Contudo, deparamo-nos com uma dificuldade quando realizamos os Acompanhamentos. Como os pacientes atendidos representam uma parcela da clientela mais problemática (por isso mesmo o encaminhamento para o AT), os familiares, freqüentemente, manifestam atitudes de uma certa desistência em relação ao paciente. Os membros da família tendem a se mostrar esgotados devido aos cuidados intensos exigidos pelo adoecimento mental. Os familiares relatam-nos sobre como se sentem sobrecarregados em tarefas e cuidados difíceis e incômodos. Portanto, o desalento que invade os cuidadores dos pacientes com transtornos mentais graves, na maioria das vezes, resulta em um tipo de desconexão em relação às necessidades básicas do doente e uma certa deterioração progressiva instaura-se nas relações familiares.

A desistência em relação ao paciente foi freqüentemente detectada, por nós, por meio dos Acompanhamentos. No entanto, lidar com esse aspecto mostra-se muito complexo, envolvendo dimensões de intenso sofrimento que marcam os membros de toda a família e os inter-relacionamentos pessoais em seu interior.

Melman (2001) chama a atenção para o fenômeno que as famílias de pessoas com transtornos mentais graves apresentam freqüentemente: o fato de irem isolando-se e separando-se da vida coletiva e social, devido a sentimentos de vergonha, humilhação, perplexidade, medo, inquietação, inconformidade, frustração e uma infinidade de sentimentos desagregadores. Coloca-nos, ainda, que isso ocorre devido a um processo de “culpabilização” e “vitimização”, imputado às famílias, principalmente pelos aparatos técnico-terapêuticos geradores de um certo saber que afirma que as relações familiares são a causa original do adoecimento.

Costa (1983, p. 16) analisa como a família no Brasil foi moldada a partir da ação educativo-terapêutica instaurada pelo movimento médico higienista. Por meio de uma agência normatizadora, intervenções disciplinares foram introduzidas pela ordem médica,

produzindo uma norma familiar que atenderia a necessidade de criação de novas formas de sociabilidade e organização social exigidas, por sua vez, pela consolidação de um Estado capitalista nascente, nacional, industrial e urbano. O autor afirma que, até o momento, as famílias se encontram submetidas a ações de normatização das condutas e sentimentos postulados pelos aparatos técnico-científicos, representados pelos saberes e práticas das terapias e pedagogias terapêuticas. Curiosamente, esses aparatos acabam por reforçar “(...) a engrenagem geradora do desconforto familiar”, que anteriormente propuseram-se solucionar.

Moreno (2000, p. 64), quando estuda famílias que possuem algum membro em atendimento na rede pública de saúde mental em um município do interior do Estado de São Paulo, reforça que os familiares, em geral, afirmam que esse parente adoeceu “de repente”, era normal e, sem aviso, começa a apresentar um comportamento bizarro, por vezes agressivo e, em muitos casos, têm que ser internado integralmente ou em serviços de semi-internação. A autora coloca a questão que o diagnóstico passa a assumir: um juízo de valor que, após algumas internações, apresenta-se para a família como certeza de incurabilidade. Nesse momento, os familiares têm que desistir da visão de seu membro como a “pessoa ideal” para, “na marra”, internalizar a “pessoa real”. Para tanto, passam, inevitavelmente, por um período de luto.

Constatamos, de forma semelhante ao estudo anterior, que as famílias dos usuários acompanhados apresentam perplexidade e medo nos casos que se encontram nas primeiras internações. Com os familiares cujos membros apresentam um número elevado de internações, encontramos cansaço, desgaste, frustração e, infelizmente, desistência. Frequentemente, deparamos com um sentimento de descrédito em relação às estratégias propostas e o que sobra é um sentimento de resignação frente ao destino inexorável das idas e vindas dos serviços de saúde, das inúmeras internações hospitalares e da necessidade de um cuidado mínimo ao paciente, quando está em casa, relacionado à alimentação e outros aspectos

da vida diária. Mas há uma carência de sentido nas relações familiares, principalmente no que diz respeito ao seu membro adoecido.

Quando nos reunimos com os filhos de Teodoro, percebemos o quanto uma relação familiar pode ser vivida por meio do ódio e intolerância mútuos. Os filhos de Teodoro nos relataram que cresceram sob o peso de um pai doente que não podia ser incomodado, sob risco do desencadeamento da crise. Disseram que foram obrigados a se resignar às perdas incessantes, materiais e emocionais, ligadas a eventos e atitudes que o pai cometia durante suas crises. Nessa reunião, discutimos sobre a necessidade da dissociação entre a doença e a pessoa do Teodoro. Havia os comportamentos manifestados durante as crises, mas a pessoa do Teodoro não se resumia a sintomas de um transtorno mental. Eles puderam declarar que, embora sentissem muito ódio dele, sentiam, igualmente, necessidade de resgatá-lo ao papel de pai. A filha foi clara: “Tem hora que enche o saco ter um pai assim” e, quando perguntados se sentiam o desejo de reparar o pai em relações mais afetivas, a mesma filha declara: “Estamos aqui, não estamos?”.

Moreno (2000) afirma que as famílias, após algum tempo, agem como se tivessem uma bomba relógio em suas mãos, prestes a explodir a qualquer momento. Portanto, os familiares tratam seu membro adoecido de uma forma diferenciada de como tratam outros integrantes da família. Dessa forma, evitam qualquer confronto, mesmo quando o paciente apresenta um comportamento inadequado, tentam não levar em conta tal comportamento, com medo de desencadearem a crise.

Melman (2001) menciona fatos semelhantes observados em seu estudo, que se refletem nas posturas incertas dos familiares em relação aos comportamentos bizarros do paciente. Relata que as famílias não sabem se dão limites ou não, se fingem que nada aconteceu, se explicam ou não para o restante da família e amigos o comportamento do paciente. Salienta ainda que uma característica familiar comum é o sentimento de culpa. O autor explica essa

característica como articulada ao processo de constituição da família nuclear sentimental moderna.

A família moderna, nuclear, centrada no cuidado aos filhos, na privacidade das casas, e na fixação da sexualidade no seio familiar é uma invenção recente. Datado a partir do século XVII, na Europa e disseminado para todo o mundo burguês, a partir do século XVIII, o modelo familiar que conhecemos hoje, e que já declina, conheceu o processo de fechamento sobre si mesmo, com o conseqüente senso de responsabilização por tudo que acontecesse em seu meio. Sendo assim, tudo que desse certo ou errado era responsabilidade do modo de sociabilidade próprio de cada família. A doença mental vai marcar um dos maiores processos de culpabilização que essas famílias vão encarar (MELMAN, 2001, p. 38).

Seja em decorrência da herança pineliana e seu tratamento moral e do processo histórico da constituição da família moderna, como afirma Melman (2001); ou pelas determinações de conjuntos de normatizações e intervenções disciplinares que intervêm para uma norma de conduta familiar dócil construída pelos equipamentos de função pedagógico-terapêutica, como aponta Costa (1983); as famílias dos pacientes dos serviços de saúde mental estão expostas a um persistente processo de culpabilização e que instituições de saberes e práticas sobre a saúde e doença atuais dão continuidade.

Em nossa experiência, verificamos que esse processo de culpabilização é, freqüentemente, imputado à família ou ao próprio paciente, pelos técnicos dos serviços de saúde mental, quando alguma dificuldade relevante aparece no tratamento. Tanto que é comum escutarmos nas reuniões de planejamento terapêutico que a família não deu o medicamento corretamente, que o paciente não melhora porque a família é desestruturada ou porque não cuida adequadamente do doente, ou ainda, que o paciente é culpado da não melhora porque é resistente, não adere ao tratamento, apresenta problemas de personalidade, entre outros.

Geralmente, não escutamos que o paciente não melhora porque a equipe não conseguiu achar o ‘manejo’ correto.

A partir dos Acompanhamentos Terapêuticos, em alguns momentos, discutimos essas dificuldades, nas reuniões de equipe do Setor. Essa estratégia propiciou-nos uma experiência nova, que foi o olhar caso-a-caso, que favorecia a elaboração conjunta de condutas diferenciadas que traziam à tona as reais necessidades demandadas pelos usuários e de formas mais criativas de manejo terapêutico.

Ao mesmo tempo, outra possibilidade abriu-se a nós, a partir dos atendimentos. A intervenção que realizamos, muitas vezes, no ambiente familiar propiciou um acolhimento das dificuldades sentidas pelos familiares. Orientações foram bem-vindas, proporcionaram sentimentos de segurança nos familiares e possibilitaram abandonar as atitudes de desistência frente ao tratamento, o que resultou em um plano para melhoria da qualidade de vida do paciente.

Entretanto, o processo de culpabilização das famílias como responsáveis pelo estabelecimento da doença mental em seus membros esconde duas funções importantes: a desresponsabilização das equipes terapêuticas e o encobrimento da impotência terapêutica dos técnicos diante da falência do ideal curativista do modelo médico-medicamentoso de tratamento dos transtornos mentais, centrado na enfermidade.

Esse ponto constituiu-se como dificuldade importante nos atendimentos em Acompanhamento Terapêutico e o discutiremos melhor no próximo tópico.

4.4.3-Relações Institucionais e Acompanhamento Terapêutico

Quando escreve sobre o processo de intervenção e desmantelamento da estrutura asilar de um hospital da cidade de Campinas, Valentini (2001) faz uma comparação poética interessante entre os hospitais psiquiátricos e a cultura de bonsais.

Como sabemos, os bonsais são plantas que recebem um tratamento especial para serem induzidas a interromperem seu processo de crescimento. Proveniente da cultura japonesa, essa técnica, por meio de podas regulares e sistemáticas de seus galhos e raízes, provoca, na planta, um processo de interrupção do crescimento do que seria uma árvore, ao gerar uma miniatura da planta original, cultivada em vasos pequenos.

O autor compara os jardins de bonsais aos hospitais psiquiátricos, em que os internados recebem um tratamento regular e sistemático no sentido de serem podados e induzidos a pararem de crescer enquanto seres humanos. A miserabilidade dos relacionamentos, a “pouca terra” institucional do ambiente controlado, os pátios, as salas dos “doutores”, a “repetição da tecnologia das consultas”, os rituais terapêuticos, tudo isso serve para aprisionar o doente no passado e quebrar pela raiz qualquer indício da construção de um futuro. Alguns eventuais progressos são permitidos, com o puro intuito de comprovar a validade das técnicas terapêuticas empregadas (VALENTINI, 2001, p.12).

O foco, segundo o autor, centraliza-se na doença e no paciente, cujo “defeito” deve ser corrigido e, assim, portanto, segue-se, na repetição das ações de podas e manipulação do crescimento humano, que gera seres desvalorizados socialmente, destituídos de poder de decisões e responsabilidades sobre suas próprias existências.

Quando aplicamos a prática do Acompanhamento Terapêutico no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital, deparamo-nos com situações que, infelizmente, levaram-nos a momentos semelhantes aos ressaltados pelo autor.

O SAM, assim como em outras unidades do Hospital, vem sofrendo mudanças profundas em seu funcionamento e as práticas estão orientadas por determinadas produções discursivas que se contrapõem a um modo asilar de funcionamento e alinhada com a reabilitação psicossocial. Porém, essas manifestações não são consensuais e não são aplicadas uniformemente pelo conjunto de técnicos e trabalhadores da Instituição, com práticas de cunho

manicomial que sobrevivem a tentativas de ações voltadas a um modo de atenção psicossocial de atendimento.

Vemos isso, sobretudo, quando percebemos a existência de relações institucionais burocratizadas e cristalizadas por um determinado modo de exercício de poder, centralizado desde a esfera central que destitui, gradualmente, as esferas mais periféricas das possibilidades de discussão e construção de novos saberes e diretrizes, até o funcionário que lida diretamente com o paciente e que exige desse último, o elo mais frágil da corrente, o cumprimento regular, burocrático, anacrônico e normatizado das regras instituídas para o bom funcionamento hospitalar e, como não poderíamos nos furtar de dizer, totalmente manicomiais.

No que diz respeito ao Setor, detectamos os resíduos dessas relações institucionais paralisantes em muitas oportunidades. Na prática diária, por vezes, vemos ações desconcertantes, orientadas exclusivamente para o andamento do trabalho burocrático do funcionário, ficando, as necessidades do usuário (e ironicamente, é essa esfera que deve ser a contemplada por excelência), marginalizadas na organização prática da unidade. É comum assistirmos a cenas, nas quais o funcionário, entretido com relatórios e organização das medicações, responder aos berros ao paciente que requisita sua atenção: “cale a boca, não está vendo que estou trabalhando!”. Outra cena que ultrapassa o desconcertante e atinge o revoltante são as ameaças corriqueiras, de alguns funcionários em relação aos pacientes que estão eufóricos ou demandando muita atenção: “fique quieto senão vamos te amarrar!”.

Entretanto, tais atitudes contrariam a orientação para as práticas do Setor, um serviço organizado para servir a rede de saúde mental do município e região, que focaliza sua ação para a manutenção do usuário em um tempo mínimo em internação integral, valoriza a importância da continuidade do tratamento nos equipamentos de saúde mental de caráter ambulatorial e de semi-internação.

A concepção com a qual a equipe do SAM trabalha é movida pelos princípios da reforma psiquiátrica e para o acolhimento do usuário que, em situações extremas, é forçado à internação integral devido à ausência de equipamentos substitutivos, a internação hospitalar. Porém, essa orientação não é seguida com unanimidade, vemos, sobretudo, nas ocupações com menor formação educacional (mas também, em alguns técnicos universitários) a permanência de práticas autoritárias e/ou infantilizadoras que destituem o usuário de capacidade adulta de existência e valor social.

Goffman (1990), ao estudar instituições que denominou de “Totais”, apresenta uma análise do funcionamento dessas instituições e aponta várias de suas características constituintes, que coincidem com nossa observação. Primeiramente, diz que tais instituições ele denomina de Totais porque, além de isolarem os internados do mundo externo, obriga-os a um ritual violento de mortificações do eu, de humilhações e destituição de identidade e responsabilidade sobre si mesmo.

Os aspectos centrais que o autor ressalta são que as instituições totais efetuam uma ruptura com todas as esferas de um cotidiano socialmente compartilhado no mundo, pois, os internos passam a ter todos os aspectos de sua vida gerenciados em um mesmo local e sob uma mesma autoridade; as atividades da vida diária são realizadas sempre grupalmente, sem nenhuma privacidade; todas as atividades diárias são submetidas a um horário e regras rígidos, predeterminados e gerenciados pelos funcionários da instituição. A mobilidade social entre internos e funcionários é limitada por sistemas rígidos de relacionamentos hierarquizados e estereotipados, chegando mesmo os funcionários, ao conversarem com internos, a mudarem seu tom de voz e jeito de falar para encarnarem uma autoridade desejada.

Obviamente, o SAM não se constitui exatamente como uma instituição total, pois é uma unidade de internação breve. Os pacientes, com a alta hospitalar, saem da instituição e vão para a comunidade e família, supostamente, levar sua vida como queiram, sem o

gerenciamento institucional. Porém, enquanto estão internados, presenciamos algumas cenas que lembram o funcionamento descrito por Goffman (1990) das instituições totais. Os horários rígidos, as práticas ritualizadas das relações estabelecidas, as regras de funcionamento do Hospital, que contempla o andamento hospitalar em detrimento das necessidades dos usuários, a destituição das características individuais em prol de um coletivo organizado por uma determinada autoridade, o medicamento compulsório, a falta de privacidade, as contenções físicas e químicas, o direito de usar as próprias roupas negado e outros.

Nesse mesmo sentido, Machado (1978, p. 443) afirma que “Os princípios do isolamento, da organização do espaço terapêutico, da vigilância e distribuição do tempo regem a totalidade da vida dos alienados (...)”, que se constituem nas práticas asilares dos tratamentos, nos hospícios, no final do século XIX e início do século XX.

A nossa experiência do Acompanhamento Terapêutico, nesse estudo, colocou em questão tais práticas. Primeiramente, pelo fato de ter sido uma forma de cuidado que individualiza o atendimento, a dimensão das subjetividades dos usuários afloram e são percebidas inevitavelmente. Em outro aspecto, a aplicação dessa prática nos proporciona a discussão de um projeto individual para a clientela atendida, bem como possibilita-nos ainda uma certa democratização nas relações com os pacientes, pois os mesmos são chamados a concordarem ou não com o projeto proposto, a opinarem sobre os resultados e tomarem decisões no sentido do desenvolvimento dos atendimentos e de seu tratamento. Por fim, são implicados, diretamente, nas decisões sobre as atividades que gostariam de desempenhar, ao levarmos em conta exatamente aquilo que se apresenta a partir dos desejos dos pacientes.

Nesse processo, detectamos, inicialmente, um descaso com a nova proposta. Com Henrique, vemos como a falta de comunicação entre as equipes (organizadas por turnos), resultou em uma conduta diferente da anteriormente discutida e acordada com o paciente, em

Acompanhamento Terapêutico²². Discutimos isso, posteriormente, em reuniões de equipes, matutina e vespertina, e não voltou a acontecer, o que contribuiu para crescermos na discussão de formas de aprimoramento das possibilidades de cuidado em relação aos usuários.

Do mesmo modo, percebemos esse descaso quando saíamos, acompanhante e paciente, e a equipe de enfermagem desconhecia o que realizávamos, quando já havíamos discutido, em reuniões de equipe e planejamento terapêutico, tal estratégia. Os auxiliares de enfermagem, freqüentemente, manifestavam algum tipo de incredibilidade em relação ao que seria feito, mostravam-se céticos e argumentavam que, dificilmente, aquele paciente apresentaria uma melhora, “esse já cronificou”, diziam. Ao que nós respondíamos: “cronificaram porque não foram tratados devidamente”.

No entanto, isso foi mudando no decorrer dos vários atendimentos que realizamos, frente aos resultados apresentados. Pouco a pouco, a maioria das pessoas aceitou a nova estratégia, principalmente, os técnicos universitários e, posteriormente, alguns auxiliares de enfermagem passaram a contribuir para os atendimentos, seja na preparação e administração da medicação ou na preparação das vestimentas para a saída do paciente. Por meio de outras formas, passaram a contribuir, efetivamente, para a atividade ser bem sucedida. Um auxiliar de enfermagem manifestou seu desejo de nos acompanhar no atendimento, no caso de Thomas, e permaneceu durante todo o tempo atento ao manejo terapêutico realizado por nós.

No que diz respeito aos técnicos universitários, desde o início da proposta, alguns manifestaram interesse, enquanto outros se aproximaram da prática terapêutica, a partir das discussões dos casos e das reuniões de equipe, nas quais tinham a oportunidade de entrar em contato com os atendimentos, estratégias e resultados.

Entretanto, evidenciamos esses entraves burocráticos, presentes nas relações institucionais, não apenas no Hospital, mas também em alguns serviços de saúde

²² Ver descrição do caso na página 58.

mental, comunitários e extra-hospitalares, que entramos em contato. Nos serviços que mostraram algum tipo de problema para as nossas propostas, encontramos, freqüentemente, uma postura que poderíamos caracterizar como aquela que ‘compartmentaliza’ em limites muito bem estabelecidos seu nível de responsabilidade em relação às necessidades e cuidados com os usuários. Geralmente, ouvimos a justificativa: “fizemos o possível”, ou “até aqui é nossa responsabilidade, pra lá é do outro serviço e nós não vamos fazer”, ou, “com esse paciente já tentamos tudo, esse não dá resultado”, ou ainda presenciamos o desencadeamento do processo de culpabilização dos usuários e suas famílias pelos insucessos no tratamento (em relação às adequações de condutas que as equipes determinam como desejáveis para um tratamento bem sucedido) e suas constantes reinternações.

Uma equipe de acompanhantes terapêuticos foi convidada a auxiliar uma outra equipe de um serviço de saúde mental da prefeitura da cidade de São Paulo, um hospital-dia, a repensar seu trabalho. Marazina (1997), uma das integrantes dos acompanhantes convidados, descreve alguns aspectos observados no funcionamento dessa equipe, que podemos identificar em outros serviços, principalmente os visitados por nós. A autora conta que presenciou um fenômeno interessante com a equipe desse lugar, o fato dos trabalhadores desse hospital-dia se angustiarem terrivelmente frente à possibilidade de convivência com os pacientes. A autora surpreende-se e questiona que, mesmo parecendo absurdo, essa equipe de saúde mental, passando várias horas com tais pacientes, angustiava-se em conviver com eles fora dos espaços institucionais, nos quais podem caminhar com propriedade e exercer suas convicções clínicas. Mas, quando o espaço não fornece mais o continente dos vínculos codificados, procedimentos cristalizados e ritualizados e certezas técnico-científicas, então, a relação intersubjetiva com o paciente torna-se ameaçadora.

A autora ressalta que há uma difícil compreensão do acompanhar terapêutico, devido à intensa manifestação de reafirmação das identidades profissionais que vão dar corpo a

algumas fantasias de controle que perpassa, o tempo todo, a prática clínica dessa equipe. Salaria a necessidade de se repensar os saberes, os lugares que ocupam, de desinvesti-los de atribuições de poder e transformá-los em ferramentas para tentativas de estabelecimento de articulações e interdisciplinaridades.

Birman (1982), ao contextualizar o tema da relação entre psiquiatria e sociedade, leva em conta toda a dimensão histórica das produções discursivas dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo para pensar a operacionalização dessa relação. Aponta um elemento fundamental para a reflexão da relação entre psiquiatria e sociedade, que passa pela questão do poder:

“A questão do poder vai receber uma análise mais minuciosa, mais articulada, que vai permitir recolocar em questão as formas pelas quais se pensa mesmo a modernização recente da psiquiatria, as suas formas extra-asilares.” (BIRMAN, 1982, p. 241).

Para o autor, não basta pensarmos apenas a psiquiatria asilar como forma de exclusão, mas sugere também as formas extra-asilares de tratamento, pelas quais a psiquiatria tem organizado sua intervenção na atualidade, como formas que reproduzem a exclusão. Ele mostra como a psiquiatria preventivista, por exemplo, mesmo sendo pela desinstitucionalização e desenvolvida na comunidade, constitui-se em dispositivo de ordenação de organizações moralmente débeis no social e em “(...) formas complementares de administração populacional no espaço urbano, com finalidades políticas evidentes.” (BIRMAN, 1982, p. 241).

Foucault (1994), ao analisar as formas sob as quais o poder é exercido sobre os indivíduos, na busca de uma docilização de condutas e corpos, apresenta a idéia em que há uma transformação importante nas formas de dominação e exercício do poder com o advento de transformações sociais, a partir da organização burguesa e capitalista das sociedades. As novas formas de dominação apóiam-se na mudança de uma fórmula de dominação repressiva e

instauradora de negatividades, tais como violência, para uma fórmula disciplinar, instauradora de positivities representadas pelas formas pedagógicas e normatizadoras de regulamentação das condutas.

Munido da análise foucaultiana e da teoria gramsciana da estratégia da hegemonia como processo de dominação, Birman (1982) propõe que as práticas psiquiátricas encontram, nessas concepções de poder, as bases de sua intervenção e papel, e se reordenam como práticas de controle social, não como instituições repressivas, mas como formas flexíveis de dominação, realizadas em espaço aberto e comunitário.

Dessa forma, o que vemos é que as relações institucionais burocráticas, anacrônicas e paralisantes ultrapassam os muros asilares e constituem as práticas que se pretendem substitutivas ao manicômio.

Luz (1994) contextualiza as transformações na assistência psiquiátrica dentro do cenário das políticas públicas de saúde mental, e salienta que essas políticas mediatizam práticas e saberes institucionais distintos e que, de longe, são coerentes, por isso temos tantas contradições entre os discursos contidos nos planos, programas e normas e as práticas institucionais. Para a autora, o problema reside na manutenção de uma prática fundamentada na concentração de poder nas mãos dos agentes institucionais qualificados, os médicos, uma prática anacronicamente centralista, verticalista e intervencionista. Afirma que se o discurso/prática psiquiátrico-asilar tem um aspecto mais repressivo, os novos discursos e práticas organizam-se em torno do objetivo de “organizadores de espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico, face à hegemonia que a repressão excludente do hospital.” (p. 94).

Muito semelhante às proposições dos autores citados acima, as nossas constatações mostram-nos que os discursos aliados às diretrizes dos movimentos de reforma psiquiátrica, muitas vezes, permanecem assim, como discursos, sem conseguirem atingir a

dimensão da prática dentro dos serviços de saúde mental. Deparamo-nos, ainda, com discursos que fundamentam as práticas de saúde a se apegarem às políticas públicas e absorverem as reivindicações dos Movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica, mas que ficam no vazio, destituídos de sua dimensão histórica e, portanto, acrílicos.

Além das manifestações claramente manicomiais presentes na organização do serviço do SAM, vimos entraves institucionais também nos serviços de caráter ambulatorial, os quais deveriam constituir-se como serviços substitutivos às internações hospitalares.

Apesar de Michael apresentar um histórico com várias internações hospitalares, de várias crises com manifestações graves de agressividade, do estado de abandono social que vivenciou e perda dos documentos para retirada do medicamento de alto custo prescrito, o serviço ambulatorial em que fazia seguimento não comunicou sobre a substituição da medicação e, tampouco, orientou a família para retirar nova documentação, para que sua medicação não fosse substituída.

Com Euclides, deparamo-nos com a ‘síndrome da desistência’, quando uma das técnicas desacreditou que algo pudesse ser feito para mudar a situação do paciente, ao alegar falta de recursos e carência institucional. Esse fato vai ao encontro do que Marazina (1997) descreve como a angústia gerada por propostas de tratamento que deslocam o profissional técnico de seu centramento repetitivo de ações predeterminadas.

Desviat (1999) chama a atenção para o fato de que, após as reformas e desmantelamento dos serviços psiquiátricos asilares e criação de serviços alternativos, em quase todos os países, uma nova “cronicidade” aparece. Assim, pacientes persistem submetidos a um processo de alternância entre vários serviços, ao mesmo tempo em que se assiste a uma impotência dos serviços alternativos em responder satisfatoriamente a esse fenômeno.

O autor, ainda, argumenta que um dos problemas é representado pela distância sócio-econômica entre os técnicos e os usuários dos serviços alternativos. A formação

profissional dos trabalhadores de saúde fundamenta-se em técnicas terapêuticas pouco condizentes com a clientela que assiste. Afirma que esses serviços acabaram por se organizar para atender uma população com transtornos mentais mais leves e mais “curáveis” e as pessoas portadoras de transtornos mais graves terminam marginalizadas das propostas desses serviços. Aponta, igualmente, para as manifestações burocrático-institucionalizantes presentes nos serviços:

“As atividades dos centros de saúde mental – mesmo em seus programas mais comunitários, como visitas domiciliares, programas de acompanhamento de cronicidade etc – podem converter-se em uma atuação ritualizada: conteúdo estereotipado das entrevistas.(...)Torna-se cada vez mais evidente a cronicidade dos hospitais-dia, dos centros de reabilitação e até a cronicidade da crise, os *chronic crises patients* – a cronicidade ‘crítica’ da demanda aguda nos serviços de emergência. (DESVIAT, 1999, p. 92)

Outro fator que o autor apresenta para esse problema é imputado ao serviço sanitário e às disciplinas da saúde que até o momento, apesar das críticas, permanecem ancorados em uma medicina reparadora apoiada em uma “mitologia da cura” e persistem organizando suas ações para a modificação dos comportamentos dos pacientes, nada voltados para a modificação das crenças e preconceitos da sociedade.

Mângia e Nicácio (2001, p.77) propõem que o trabalho nos serviços de saúde mental deve funcionar segundo a noção de “projeto”, projeto singular, olhando caso-a-caso, e voltado para o sentido da interação entre as pessoas, os contextos e os recursos, bem como enfatizam que não se trata de tomar o ideal abstrato de “independência” dos indivíduos e da inserção social voltada para uma normalidade produtiva, mas para a produção de autonomia e de lugares que enfrentem a exclusão social.

Portanto, evidenciamos que a prática do Acompanhamento Terapêutico, realizada para o estudo, apesar de encontrar barreiras importantes nas relações institucionais dentro e fora do Hospital, encontra grandes possibilidades de mostrar caminhos alternativos aos

entraves institucionalizantes. Em diversas ocasiões, nos Acompanhamentos, quando em contato com os serviços que pretendemos vincular o paciente até mesmo em organizações sociais, pudemos, nessas situações, questionar tais aspectos e colocar em discussão atitudes, tratamentos e relações que destituem os usuários de seu direito ao intercâmbio, de expressão e decisão sobre seu próprio processo histórico.

Contudo, as barreiras institucionais, presentes no funcionamento do Hospital e dos equipamentos extra-hospitalares de saúde mental, não existem sozinhas, destituídas de um terreno, no qual se apóiam para exercerem uma forma de poder disciplinar sobre as condutas humanas e dos sujeitos que circulam nessas instituições. Essas características institucionais encontram sua base na sociedade maior e nas crenças ideológicas que fundamentam um determinado modo de sociabilidade, responsável pela produção de um determinado modo de recriação social da vida (FOUCAULT, 1994).

Quando caminhamos terapêuticamente com pessoas destituídas de um certo valor nessa sociedade de indivíduos que compram e possuem coisas, e que têm seu valor social dado a partir dessas propriedades, deparamo-nos com uma dificuldade intrínseca a esse modo de cuidar de uma pessoa em desvantagem social. O sujeito que acompanhamos tem uma forma de existir no mundo que o torna, não só diferente, mas um ser estranho em sua própria terra e em sua própria casa. Assim, nós trabalhamos sempre em um terreno constituído de contradições que, muitas vezes, preenchem-nos de incertezas e receios diante das exigências materiais e simbólicas que a sociedade nos impõe para que tenhamos nossa existência, nesse mundo, reconhecida. Essa dificuldade, intrínseca à prática do Acompanhamento Terapêutico, nós a sentimos em nossa experiência, neste trabalho de pesquisa. Portanto, é dessa dificuldade que vamos tratar no próximo tópico.

4.4.4- O Insólito e o Cotidiano: duas dimensões do Acompanhamento Terapêutico

Em toda a história das práticas e saberes psiquiátricos e, especificamente, dessa prática vinculada ao caminhar junto e, terapeuticamente, com o psicótico, vemos o fenômeno existencial da loucura sendo descrito como uma forma de existência absolutamente única, uma singularidade radical. Como um ser errante, com uma organização inusitada de funcionamento, estrangeiro em sua própria terra, o louco é figura que habita o nosso imaginário como o estranho, aquele que está fora, no exterior e, portanto, se encontra destituído de sentido e humanidade. Na melhor das descrições é o “esquisito”, sinônimo de bizarro, aquele que produz o mundo de uma forma irreconhecível.

Na jornada que empreendemos os pacientes e nós, afloraram experiências inesquecíveis que marcaram profundamente nossa vivência profissional. São cenas, acontecimentos, palavras e atos que transformaram impressões, anteriores e apressadamente construídas, e certezas anacrônicas que impregnam nossas ações com a arrogância das verdades solidamente estabelecidas. Muitas vezes nos percebemos com o desejo de ensinar, pedagogicamente, aos pacientes acompanhados as condutas socialmente permitidas e aconselháveis. No entanto, eles nos respondem com a sua tão nomeada “organização psicótica” e nos livravam dessa responsabilidade enfadonha e infrutífera.

Michael é um exemplo em que podemos experimentar essa contradição, pois ao mesmo tempo em que desenvolvemos uma empatia com essa forma de existência, flagramos em atitudes moralizantes de normalização de condutas. Esse paciente permanecia com delírios residuais e um discurso desconexo, entrecortado por frases sem uma seqüência lógica, no que diz respeito à comunicação compartilhada. No entanto, o que mais constrangia algumas pessoas, em determinados locais, era uma forma em que ele abordava as pessoas do sexo feminino, ao fazer referências e propostas de caráter sexual a elas.

Além de Michael, presenciamos várias situações, principalmente, nas ruas e locais públicos que frequentamos, em que os pacientes se expressam por meio de uma comunicação, muitas vezes, incompreensível para a maioria das pessoas, ou se perdiam em longos discursos que mesclavam, em uma intersecção, elementos subjetivos e experiências objetivas sem se aperceberem que essas pessoas estavam em outro ritmo, tempo e espaço diferentes, como no exemplo de Thomas, que insiste em explicar à recepcionista de um local que oferece oficinas culturais por que desejava tornar-se um arquiteto.

O cotidiano, muitas vezes, habitua-nos a uma esfera da vida, na qual não podemos (ou não queremos), momentaneamente, enxergar a dimensão de negociação que assume os vários aspectos que conformam nossa realidade. Acostumamo-nos a perpetrar ações continuamente, sem observá-las com o olhar distanciado necessário para nos aperceber do valor da crítica vigilante que nos possibilita o acesso ao universo da historicidade das criações humanas.

As experiências da vida, cotidianamente atualizadas e ritualizadas, levam-nos, freqüentemente, a admitir um mundo que 'é', esquecendo ou ignorando, muitas vezes, convenientemente, as construções múltiplas e variadas que a vida pode assumir histórica e culturalmente.

Porto e Sereno (1991) lembram como o acompanhar pessoas que perderam sua capacidade de engancharem seu mundo no mundo compartilhado e, portanto, sofrem, por causa disso, um desconhecimento nas relações sociais cotidianas, pode, por vezes, adquirir dimensões de uma ritualização e cristalização da prática de passeios, sem, contudo, implicar o sujeito em uma construção de acontecimentos historicamente orientados e caindo, dessa forma, em uma prática vazia, destituída de sentido, restabelecendo sua condição de isolamento e exclusão.

Para Baremlitt (1991, p.82) o problema de todos os profissionais da saúde mental, bem como de todos os agentes sociais, é que caminham dentro de uma contradição essencial. Por um lado, têm um profundo sentimento de afinidade e um movimento de encontro com essas singularidades representadas pela estrutura errante do psicótico, do reconhecimento de sua forma insólita de habitar o mundo e, por outro lado, o profissional tem que integrar aquilo que chama de “mundo dos vencedores”, no qual temos de obter, inexoravelmente, o reconhecimento epistemológico e corporativo para podermos trabalhar, nos divertir e viver. Não há fórmula mágica, o que temos a fazer é movimentarmo-nos dentro de uma margem de negociação, a partir da qual temos que manter o respeito a uma prática que provoque a criação das possibilidades de subjetivação e defender-se dos esmagamentos cotidianos da “sociedade dos vendedores e vencedores”.

Em outra perspectiva, os autores ligados à construção teórica da reabilitação psicossocial lembram, com outros referenciais, a importância de uma prática na qual o esforço clínico concentre-se na organização de serviços com ações que se voltem para o sujeito, em sua singularidade, e para os contextos que os cercam, em toda a sua complexidade. O ato terapêutico não pode ser uma empulhação, um entretenimento, no qual o paciente recebe tratamentos que o entretém: os terapeutas fazem de conta que estão tratando e os pacientes embutem os sintomas, esforçando-se para se normalizarem.

Para tanto, os autores da reabilitação psicossocial propõem movimentos de retomada da cidadania dos pacientes psiquiátricos. Essa cidadania, entendida não somente pela devolução de seus direitos formais, mas, sobretudo, de seus direitos materiais e substanciais, os quais são retomados nas dimensões da construção material e simbólica da vida, tais como habitar, aquisição de uma vida produtiva, relacional, afetiva e, inclusive, o direito à construção de um cotidiano, já que foram excluídos, sistematicamente, dele.

A reabilitação psicossocial não é um conjunto de técnicas estabelecidas ou de modelos formalizados, segundo Saraceno (1999), é mais uma postura ética que agencia ações com o sujeito, na retomada ou na construção de seu estado de direito, na ruptura com as estratégias do entretenimento, nas quais permanecem as estruturas que mantêm paciente e técnico dentro de um ato terapêutico auto-alimentado e reproduzido, a partir de uma lógica de doença e cura, o que rompe com a normatividade e o cientificismo.

O Acompanhamento Terapêutico traz, embutida em sua prática, essa dimensão da possibilidade da construção daquilo que os autores da reabilitação psicossocial denominam a “formidável banalidade do cotidiano” (PITTA, 1996). Aquela banalidade, necessária e imprescindível, de habitar, não somente morar, de levantar pela manhã, tomar café, sair para trabalhar, voltar para casa, assistir novela, ir ao cinema, ao clube, namorar, sonhar e ter desejos. Mas, há que se ter a cautela e a postura crítica vigilante, para nos distanciarmos das banalidades ideológicas bombardeadas pela sociedade dos dominadores e construir com nossos pacientes, um cotidiano no qual o insólito esteja incluído e possibilite ao sujeito uma existência verdadeiramente criativa e transformadora dentro da realidade compartilhada.

5- UMA PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

De acordo com os dez atendimentos em Acompanhamento Terapêutico que realizamos com usuários do Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e com a análise dos dados da pesquisa, vemos que a prática do AT nessa unidade de internação para pacientes em quadro agudo de transtornos mentais graves, mostra-se importante na inclusão dos usuários em organizações sociais, em redes de relacionamento sociais, na vinculação em serviços de saúde mental de caráter extra-hospitalar e comunitário e no tratamento do quadro sintomatológico do transtorno.

Dessa forma, a implementação dessa prática terapêutica no Setor pode contribuir para formas de atendimento mais humano e singularizado. Portanto, apresentamos uma proposta de integração do Acompanhamento Terapêutico no programa terapêutico do SAM.

O projeto do Acompanhamento Terapêutico deve ser oferecido, inicialmente, a partir do programa da Terapia Ocupacional, somente pelo fato de que, no momento, é a terapeuta ocupacional que tem a formação básica para a função e pelo fato de que estamos iniciando essa atividade no Setor. No entanto, achamos importante que outros profissionais, de outras formações em saúde, incluam-se no projeto e exerçam a prática do AT, na medida em que se capacitem para tanto, e que, posteriormente, essa atividade seja incorporada no programa terapêutico do SAM, podendo ser desenvolvida por qualquer profissional que a equipe designar por ser, em determinado momento e caso, o mais adequado. Portanto, pensamos que essa prática terapêutica deve ser interdisciplinar.

A atividade do Acompanhamento Terapêutico, nessa proposta, como dissemos anteriormente, será realizada por meio de uma forma diferente, em alguns aspectos, da forma até então exercida, como a literatura nos tem mostrado. No nosso caso, a prática

desenvolvida por nós deve ter finalidades mais específicas, para responder, pontualmente, a alguns problemas relacionados com os pacientes em sua internação, já delineados por nós, neste trabalho. Assim, o Acompanhamento Terapêutico no Setor, deve ter as seguintes finalidades: auxiliar os pacientes que apresentem alguma dificuldade ou problemas para a obtenção da alta hospitalar e como um dispositivo de prevenção a um processo de cronificação da doença e do processo de vida do paciente, no sentido de mobilizar nossa ação para evitar outras internações e facilitar a permanência do mesmo na comunidade.

Dessa forma, os casos que atenderemos por meio do Acompanhamento Terapêutico devem ser encaminhados pela equipe técnica do Setor de Agudos Masculino e poderão ocorrer, nas seguintes situações:

- Pacientes que apresentem problemas no relacionamento familiar e social e obstáculos em seu retorno à vida sócio-familiar.
- Pacientes que estejam em estado de abandono e/ou isolamento social e necessitem de apoio para se integrar em uma rede de relações sociais.
- Usuários que apresentem quadro sintomatológico muito grave e persistente, que necessitem de cuidados terapêuticos intensos.
- Pacientes que apresentem número elevado de recaídas em suas crises e número elevado de internações.
- Usuários que necessitem vincular-se mais efetivamente em algum serviço da rede de saúde mental extra-hospitalar e comunitário.

A periodicidade dos atendimentos deve obedecer à necessidade apresentada em cada caso e sua discussão, nas reuniões de equipe, pode integrar o conjunto das estratégias elaborado dentro do plano terapêutico de cada paciente. Assim como, o tempo de cada atendimento, deve responder às necessidades de cada projeto individual e às atividades a serem desenvolvidas.

As atividades externas que realizarmos, devem ser efetuadas por meio de transporte em viatura oficial do hospital.

Diante de qualquer requisição financeira, para a realização da atividade dos acompanhamentos, acionaremos a família, no sentido de prover financeiramente a demanda da pessoa acompanhada.

O Acompanhamento Terapêutico, a ser realizado por nós, poderá ocorrer durante o período de internação e estender-se nas altas-licenças; ou poderemos desenvolvê-lo somente durante as altas-licenças; ou ainda, os realizarmos somente durante o período de internação hospitalar.

Nos casos encaminhados para o AT, o usuário e a família devem ser consultados e os atendimentos devem ocorrer somente em caso de concordância com a proposta. Os atendimentos deverão ser registrados em prontuário do paciente.

Essa atividade pode ser aberta para campo de estágios para estudantes de cursos superiores da área da saúde em até um número de quatro estagiários por semestre. Os estagiários, supervisionados dentro do campo profissional responsável e a partir das condutas estabelecidas em reuniões da equipe técnica do Setor. Além disso, recomenda-se que estejam fazendo um curso introdutório ou de capacitação para o AT.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início da década de 90, segundo nossa experiência, muitos acompanhantes terapêuticos discutem sobre como se daria a implementação da prática do Acompanhamento Terapêutico na rede pública de saúde e ressaltam dúvidas importantes a respeito da realização dessa atividade na esfera pública das ofertas de serviços de saúde. Alguns colocam que essa atividade é resultado de produções técnico-teóricas de profissionais advindos da classe média e que a clientela atendida na rede pública de saúde e saúde mental pertencem a uma camada mais desfavorecida economicamente da população e que tem conceitos diferentes de público e privado, de espaço urbano e utilização das ruas. No entanto, algumas alternativas relacionadas a ofertas do AT em serviços públicos de saúde, começam a se delinear em alguns estados brasileiros.

Atualmente, já temos exemplos concretos dessa atividade desenvolvida em serviços da rede pública de saúde, principalmente em saúde mental, e que apresentam uma implementação efetiva e bem elaborada, como mostra-nos a literatura tratada nesse estudo.

Os Acompanhamentos Terapêuticos que realizamos nesse trabalho de pesquisa representam uma estratégia relevante aplicada ao programa terapêutico do Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no sentido de contribuírem com um tipo de atendimento mais humanizado e singularizado. Por meio dos atendimentos, conseguimos incluir os pacientes atendidos em redes de relações sociais que fazem sentido para aquelas pessoas, organizações sociais e comunitárias que oferecem atividades profissionalizantes ou artísticas que se encaixam muito bem no momento de vida desses usuários.

Os Acompanhamentos respondem à expectativa de inclusão social, no sentido de abrirem caminho para os pacientes se inserirem em atividades produtivas socialmente, e

possibilitam sua integração em redes de relacionamento social que permitem a criação de um campo, por meio do qual as relações afetivas podem ganhar terreno e importância.

Outro aspecto importante desencadeado a partir dos acompanhamentos é a abertura de pontos de contato e comunicação com outros serviços da rede de saúde mental. Esse canal de discussões, que se desenvolve a partir dos atendimentos, revela-se importante no nosso trabalho, pois, por meio dele, é possível propormos estratégias extraordinárias e criativas para a continuidade do tratamento desses usuários.

As relações familiares desgastadas são outro foco de cuidado que desenvolvemos por meio do AT, com tais pacientes. Trabalhamos as relações familiares dentro de uma perspectiva não de culpabilização, mas de respeito ao sofrimento, cuidado e suporte no momento de crise. Por meio de condutas de apoio, descobrimos com as famílias novos arranjos possíveis para o cuidado do paciente. Os familiares sentem-se mais seguros no manejo com seu membro em sofrimento, e passam a somar esforços, quando podem expressar seus receios, suas confusões e dúvidas a respeito do processo que acomete, de uma certa forma, a todos.

Porém, um aspecto importante que se revelou como um obstáculo, mostra-nos a possibilidade de um campo fértil para discussões e invenção de novos caminhos, meios e recursos: as relações institucionais. Por meio dos acompanhamentos que realizamos, detectamos manifestações de cunho manicomial, ou seja, relações marcadas por elementos de incrustações anacrônicas e institucionalizantes de um modo asilar de atenção em saúde mental, apoiados em uma estrutura de concentração de poder representado por um formato vertical, procedimentos técnicos ritualizados com objetivos disciplinares e normativos. Presenciamos condutas autoritárias e infantilizadoras retirando dos pacientes sua capacidade de se sentirem responsáveis em seu tratamento.

Mas, se presenciamos essas atitudes na dinâmica institucional do Hospital, deparamo-nos, igualmente, com outros aspectos institucionalizantes e paralisantes nos serviços

de saúde mental extra-hospitalares com os quais fizemos contato durante a pesquisa. Detectamos, em alguns serviços, descaso e atitudes de desresponsabilização frente a aspectos importantes da vida dos usuários, sendo que esses aspectos os colocam como reféns do processo de reinternações constantes, concretizando um percurso de cronificação no território, de um circuito vicioso de ir e vir a que o paciente é submetido, entre os serviços ambulatoriais e o Hospital. Além disso, percebemos que esses serviços não conseguiam romper com uma forma anacrônica de organização, assentada em uma prática médico-medicamentosa, em detrimento de outras terapêuticas.

Entretanto, a partir dessas dificuldades, e por meio dos acompanhamentos, abrimos espaços para discussões e propostas. No Hospital, discutimos os atendimentos em reuniões de equipe e forjamos uma possibilidade democraticamente encaminhada do tratamento, menos pelo fato do projeto ser criado a partir da participação de todos os funcionários, mas muito mais devido à participação direta do próprio paciente, já que esse é implicado diretamente no processo. O mesmo era chamado não somente para concordar ou não com a estratégia discutida mas, principalmente, na determinação dos objetivos, metas e os meios pelos quais chegamos a eles. Inventamos cada etapa conjuntamente com o usuário, as saídas do hospital, os locais visitados, as atividades pesquisadas e inseridas e escolha do destino delas. Com os serviços, igualmente, discutimos e combinamos algumas possibilidades para a continuidade do tratamento ambulatorial.

Os casos que atendemos em AT foram em número de dez e foram realizados em um período de oito meses, de 27 de dezembro de 2004 a 04 de julho de 2005. Estabelecemos um número mínimo de dez sujeitos a serem atendidos e usamos o critério de saturação ou recorrência dos dados para determinação definitiva da amostragem.

Efetuamos uma mudança em relação à proposta original do projeto de pesquisa, no que diz respeito ao momento no qual o encaminhamento seria mais indicado.

Inicialmente, desenvolvemos a proposta dos acompanhamentos serem realizados somente durante os períodos de altas-licenças. Porém, a prática nos revela que o AT é necessário, igualmente, em outras circunstâncias. Evidenciamos a necessidade dos acompanhamentos em duas outras situações, a saber: durante a internação hospitalar antes da alta-licença, prolongando-se durante essa alta, com atendimentos domiciliares; e, em outra situação, realizamos os acompanhamentos somente no período de internação hospitalar, e o paciente obtinha a alta definitiva, após os atendimentos.

Essa mudança serviu para atender a problemas que detectamos, juntamente com a equipe, e que demandaram o AT com a proposta de responder, mais efetivamente, a um terreno mais ampliado de ação. Se, originalmente, pensamos em apenas preencher um hiato entre a saída do paciente do hospital e sua vinculação a um outro serviço de saúde mental, vimos que isso não é suficiente para cuidar melhor de facetas importantes que se apresentam como fatores de risco para processos de recaídas da crise. Encontramos dificuldade em encontrar serviços que ofereçam saídas criativas para uma atenção mais singularizada e, portanto, buscamos outras vias de acesso à produção da vida para os pacientes, que não somente os da reabilitação, quando somente esse caminho mostrou-se insuficiente. Por isso, procuramos organizações sociais e comunitárias, nas quais os usuários possam participar em atividades de seu interesse.

Realizamos a coleta de dados a partir dos acompanhamentos, por meio da observação participante e somamos as informações retiradas dos relatórios clínicos e do serviço social do SAM, contidos nos prontuários dos pacientes, das reuniões de equipe, de planejamento terapêutico e discussão de casos e de reuniões de família.

Pensamos que a implementação do Acompanhamento Terapêutico não somente se mostra uma prática útil ao programa terapêutico do Setor de Agudos Masculino do Hospital, mas também se constitui como um conjunto de ações integradas com outros

profissionais, no sentido de buscar condições mais eficientes de resolutividade dos intensos problemas que marcam a vida dos usuários da rede de serviços de saúde mental.

Da mesma forma, pensamos que procuramos, em todas as etapas, não só da pesquisa, mas também de toda a prática profissional desenvolvida como trabalhadora nesse Hospital, a concretização de um modo de atuação integrada às equipes de saúde mental na ação de transformação assistencial preconizadas na organização dos serviços, nos quais os usuários sejam encarados como cidadãos que realizam e restabelecem sua condição de sujeito de produção social da vida, de sua história e na relação direta com atividades que proporcionem constantemente uma recriação de espaços e relações criativas com o mundo.

Para tanto, indagamo-nos, continuamente, qual a finalidade de cada intervenção terapêutica, como a planejamos, quais conseqüências tem, para o cliente e para o conjunto das práticas de saúde, se tal intervenção respondem a uma lógica fragmentária dos modelos hegemônicos e sua prática de adaptação do sujeito às ações de normatividade social e alienação, ou se, ao contrário, atuamos, efetivamente, no sentido da recuperação de um homem que pode se transformar a si e ao seu meio e se conscientizar das condições que o levam a adoecer.

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. 73-81.

_____ (org) **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

_____ **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996. 142p.

BAREMBLITT, G.F. Comentários. In EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPEUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org) **A rua como espaço clínico**. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p. 79-85.

BARRETTO, K. D. Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (org). **Crise e Cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997. p. 241-268.

_____ **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora, 1998. 210p.

BARROS, D. Habitar- Reabilitar...O rei está nu? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo , v.2, n.2/3, p. 100-104, junho/set., 1991.

_____ Cidadania versus Periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In AMARANTE, P. (ORG) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 171-194.

BELLOC, M. M. Algumas reflexões sobre a clínica do acompanhamento terapêutico. In: GRUPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO CRICULAÇÃO (org) **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998, p. 17-24.

BERGER, E. Acompanhamento Terapêutico: invenções. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAÉUTICOS DO INSTITUTO A CASA (org) **Crise e Cidade**. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997. p. 71-82.

BIRMAN, J. **Enfermidade e Loucura**: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1980. 186p.

_____ Psiquiatria e Sociedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 237-246, jul/ago, 1982.

BIRMAN, J.; 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.

CARVALHO, S.S. **Acompanhamento Terapêutico**: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004. 149p.

CASSETARI, G. Nós e os loucos circulando por Argos. A clínica do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (org) **Crise e Cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997. p. 109-120.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003. 164p.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. 282 p.

COSTA, M.C.S. Intersubjetividade e Historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.10 (3), p. 372-82, maio/junho, 2002.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org) **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, cap 8, p. 141-168.

DESVIAT, M. **A reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 280p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1990. 312p.

GUIMARÃES, J. **Sobre a Criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história**. 2001. 116 f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

IBRAHIM, C. Do Louco à Loucura: Percurso do Auxiliar Psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPEUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org) **A rua como espaço clínico**. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p. 42-49.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In ANA PITTA (org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LUZ, M. T. A História de uma marginalização: a política oficial de Saúde Mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 85-96.

MACHADO, R. **A Danação da Norma** – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MAIA, M.S. ; PIRIM, M. Em Busca de uma Singularidade: Uma Proposta Clínica no Processo de Reinscrição Psicossocial. In: VENÂNCIO et al (org). **O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997. p. 5-14.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: CARLO, M.R.P.; BERTALOTTI, C.C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 63- 80.

MARAZINA, I. As fronteiras do terapêutico na rede pública. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPEUTICOS DO INSTITUTO A CASA (org). **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997. p. 167-176.

MARQUES, M.R.M. Atelier Bricoleur, Invenção no Atendimento a Psicóticos. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPEUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org) **A rua como espaço clínico**. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p.101- 108.

MAUER, S. ; RESNIZKI, S. **Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos**: manual introdutório a uma estratégia clínica. Campinas: Papirus, 1987. 164p.

MAXIMINO, V.S. A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades – ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 2, p 49-54, maio/ ago, 1998.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159p.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.

_____ Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In MINAYO, M.C.S.(org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-15.

MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. 2000. 173f. Dissertação (Doutorado). Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

PALOMBINI, A. Psicopatologia na vida cotidiana. In: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação (org) **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998, p 45-52.

_____ O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. **Educação, Subjetividade & Poder**. Núcleo de Estudos sobre Subjetividade, Poder e Educação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora UNIJUI, v. 6, ago 1999.

PELLICCIOLI, E.C. Considerações sobre a prática do acompanhamento terapêutico. In GRUPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO CIRCULAÇÃO (org) **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998, p 39-44.

_____ **O Trabalhador da Saúde Mental na Rêde Pública**: o acompanhante terapêutico na rede pública. Banco de dados organizado por Alex Sandro Tavares da Silva. Disponível em: <http://siteat.cjb.net>. Acesso em: 25 jan. 2004.

PITIÁ, A.C.A.; SANTOS, M.A. **Acompanhamento Terapêutico**: a construção de uma estratégia clínica. 1 ed. São Paulo: Vector, 2005. 269p.

PITTA, A. M F. O que é a Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PORTO, M.; 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- 30.

REIS NETO, R.O. **O Acompanhamento Terapêutico**: trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro. 1995. 329 f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1995.

ROLNIK, S. Clínica nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (org) **Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Educ, 1997, p. 83-99.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p 17-60.

SAEKI, T. **Análise da Prática do Enfermeiro em um Hospital Psiquiátrico**. 1994. 111 f. Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

_____ A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.9, n.1, p. 26-31, jan/ abr. 1998.

_____ **Libertando Identidades**. Belo Horizonte-Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto franco Baságli. 1999. 176p.

SERENO, D. **Acompanhamento Terapêutico de Pacientes Psicóticos: uma clínica na cidade**. 1996. 194 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

SLUSKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Programa de acompanhamento terapêutico na rede pública de serviços de saúde mental**. Banco de dados organizado por Alex Sandro Tavares da Silva. Disponível em: <http://siteat.sbj.net>. Acesso em: 14 dez. 2003.

VALENTINI, W Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (org) **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 11-24.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: VELHO, G. (org) **Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 11- 28.

VÍCTORA, C.G.; KNAUUTH, D.R.; HASSEM, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIGNOCHI, L. Acompanhamento terapêutico: um fazer do psicólogo psicoterapeuta. In: GRUPO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO CIRCULAÇÃO (org) **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998, p 61-66.

ZERBETTO, S.R.; ALENCASTRE, M.B.; SAEKI, T. Desinstitucionalização: a experiência do movimento de luta antimanicomial de Ribeirão Preto. In: LABATE, R.C. (org) **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto, Scala, 1999. p 85- 91.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203 p.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é REGINA CÉLIA FIORATI, estou realizando uma pesquisa que tem por objetivo elaborar uma proposta de Acompanhamento Terapêutico para o Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. O Acompanhamento Terapêutico é indicado para pacientes que apresentam dificuldades em sua casa durante a alta-licença. O atendimento é realizado na casa do paciente e/ou em espaços públicos de maneira a ajuda-lo a se adaptar melhor na sua família e na sociedade.

Informo que os atendimentos serão realizados por mim, em sua casa, com data e horário marcados previamente com você e sua família. Os atendimentos, bem como informações sobre sua vida pessoal, familiar, social, profissional e história clínica serão registrados sem que seu nome e dos seus familiares sejam revelados. Posso garantir que os dados serão mantidos em sigilo e somente usados para fins deste estudo.

Mesmo aceitando em participar da pesquisa, você pode desistir a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo quanto ao seu tratamento no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento ou gratificação por ter concordado em fazer parte do trabalho. Eu declaro estar ciente das informações recebidas sobre a proposta deste estudo.

Eu _____, declaro que concordo voluntariamente em participar do mesmo e das condições informadas.

PESQUISADORA: REGINA CÉLIA FIORATI- CREFITO: 1981-TO

Ribeirão Preto, ____ de _____ 200_.

PARTICIPANTE DA PESQUISA

FAMILIAR RESPONSÁVEL

FORMA DE CONTATO COM PESQUISADORA: (16) 39199057/ 91322422