

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Acompanhamento Terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal**  
**Uma clínica em construção**

**Ana Celeste de Araújo Pitiá**  
**Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos**

**Ribeirão Preto – SP**  
**2002**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Pitiá, Ana Celeste de Araújo

Acompanhamento Terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção. Ribeirão Preto, 2002.

153 p.: il; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Doenças crônicas: Repercussões Psicológicas e Intervenção Psicoterapêutica.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Acompanhamento Terapêutico. 2. Psicoterapia corporal. 3. Enfermagem psiquiátrica. Profissional enfermeiro. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

I. TÍTULO

PITIÁ, A. C. A. **Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção.** 2002. 153 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

## RESUMO

Este trabalho propõe pensar a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma prática de atendimento que se realiza pela ação concreta de se acompanhar o sujeito em dificuldade, com vistas a se atingir o objetivo terapêutico de romper seu isolamento e exclusão do convívio social. Os clientes podem ser portadores de transtornos ou deficiências mentais, ou outras condições que demandem esse tipo de atendimento. É uma clínica que se dá fora dos espaços tradicionais de tratamento: hospitais, consultórios e clínicas, servindo de apoio a esses serviços. Sua especificidade se estabelece quando se realiza nos espaços públicos, conforme a necessidade, seja no local de trabalho, ou na residência, ou mesmo em *shoppings*, parques, centros comunitários, museus, escolas, ou pelas ruas do bairro. É a chamada clínica da cidade, em que acompanhante terapêutico (at) e acompanhado (cliente) percorrem os espaços comunitários possíveis no alcance do objetivo da ressocialização, processando o vínculo terapêutico que se estabelece na relação entre ambos. Uma característica dessa prática é a possibilidade de ser referenciada teoricamente, por múltiplos olhares. Neste trabalho, o enfoque da psicoterapia corporal será utilizado para análise dos atendimentos, mediante o conceito da auto-regulação. O AT será descrito, retrospectivamente, a partir de uma breve trajetória histórica dos modelos de atendimento em saúde mental, para depois ser visto em sua própria gênese, chegando até os dias de hoje, em que ainda se constrói rumo a um melhor delineamento de sua prática, que é originária do processo que vem se configurando toda a assistência em saúde mental desde o advento da Reforma Psiquiátrica. Como objeto deste estudo apresento a questão: de que maneira pode ser praticada a clínica do Acompanhamento Terapêutico, em seu processo de construção, tendo em vista o enfoque da psicoterapia corporal, objetivando a auto-regulação social do cliente acompanhado? O objetivo é poder contribuir para a ampliação do campo de reflexão sobre a prática clínica do AT, abrindo espaço para outras discussões e novas possibilidades da ação profissional da enfermagem e para a área de saúde como um todo. A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de caso clínico de quatro (4) acompanhamentos, encaminhados por diferentes profissionais, a partir da necessidade de clientes que demandavam atendimento em AT. Os dados foram coletados através de um roteiro das observações dos acompanhamentos (ROA), o diário de campo e as intervenções realizadas. A análise dos dados indica convergências que sinalizam a posição de “ponte” que o acompanhante terapêutico pode ocupar em meio às intervenções, entre o cliente e os profissionais que intervinham no tratamento. Resultados favoráveis foram observados na relação entre o cliente e a família, bem como na disposição para o retorno ao trabalho, fator desencadeador de angústia, em alguns casos. O movimento é parte integrante dessa clínica extra-muros e apareceu, principalmente, configurado pelo ato de acompanhar, corporalmente, o portador do sofrimento psíquico. O ato de acompanhar já guarda, em si, uma dimensão corporal e se estabelece na condução dos atendimentos, a partir dos corpos do acompanhante e do acompanhado, dispostos lado a lado no contexto vivo da interação que instaura a clínica do AT. A auto-regulação social dos acompanhados pode ser vista e considerada, a partir do resgate de suas potencialidades no manejo dos desafios da vida cotidiana e da retomada de suas relações no trabalho e na família.

**PITIÁ, A. C. A. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO BAJO EL ENFOQUE DE LA PSICOTERAPIA CORPORAL: una clínica en construcción. 2002. 153 p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.**

## RESUMEN

Este trabajo tiene como propuesta pensar en la clínica del Acompañamiento Terapéutico (AT) como una práctica de atención que se realiza por la acción concreta de acompañar al sujeto en dificultad, con vistas a alcanzar el objetivo terapéutico de romper su aislamiento y exclusión de la convivencia social. Los clientes pueden ser portadores de trastornos o minusvalidez psíquica, u otras condiciones que soliciten ese tipo de atención. Es una clínica que se pasa fuera de sus locales tradicionales de tratamiento: hospitales, consultorios y clínicas, que sirve de soporte a esos servicios. Su especificidad se establece cuando se realiza en los locales públicos, según la necesidad, sea en el ambiente de trabajo, o en el domicilio particular, o incluso en centros comerciales, parques, centros comunitarios, museos, escuelas, o por las calles del barrio. Es la llamada clínica de la ciudad, en el que el acompañante terapéutico (at) y el acompañado (cliente) recorren los espacios comunitarios posibles en el alcance del objetivo de la resocialización, procesando el vínculo terapéutico que se establece en la relación entre ambos. Una característica de esa práctica es la posibilidad de ser referenciada teóricamente, por múltiples miradas. En este trabajo, el enfoque de la psicoterapia corporal será utilizado para análisis de los atendimientos, mediante el concepto de la auto-regulación. Originaria del proceso que viene configurándose toda la asistencia en salud mental desde el advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, el AT será descrito, retrospectivamente, a partir de una breve trayectoria histórica de los modelos de atendimiento en salud mental, para después ser visto en su propia génesis, llegando hasta hoy, en el que todavía se construye rumbo a una mejor delineación de su práctica. Como objetivo de este estudio presento la cuestión: ¿de que manera puede ser practicada la clínica del Acompañamiento Terapéutico, en su proceso de construcción, teniendo en cuenta el enfoque de la psicoterapia corporal, objetivando la auto-regulación social del cliente acompañado? El objetivo es poder contribuir para la ampliación del campo de reflexión sobre la práctica clínica del AT, abriendo espacio para otras discusiones y nuevas posibilidades de acción profesional de enfermería y para la area de salud como un todo. La estrategia metodológica utilizada fue el estudio de caso clínico de cuatro (4) acompañamientos, encaminados por diferentes profesionales, a partir de la necesidad de clientes que solicitaban atendimiento en AT. Los datos fueron colectados por medio de un guión de las observaciones de los acompañamientos (GOA), el diario de campo y las intervenciones realizadas. El análisis de los datos indica convergencias que señalan la posición de “puente” que el acompañante terapéutico puede ocupar en medio a las intervenciones, entre el cliente y los profesionales que intervienen en el tratamiento. Resultados favorables fueron observados en la relación entre el cliente y su familia, así como en la disposición para el regreso al trabajo, elemento desencadenante de la angustia, en algunos casos. El movimiento es parte constituyente de esa clínica extra-muros y apareció, principalmente, configurado por el acto de acompañar, corporalmente, el portador del sufrimiento psíquico. el acto de acompañar ya trae en sí una dimensión corporal y se establece en la conducción de los atendimientos, a partir de los cuerpos del acompañante y del acompañado, dispuestos lado a lado en el contexto vivo de la interacción que instaura la clínica del AT. La auto-regulación social de los acompañados puede ser vista y considerada, a partir de la recuperación de sus potencialidades en el manejo de los desafíos de la vida cotidiana y de la reanudación de sus relaciones en el trabajo y en la familia.

Palabras-claves: Acompañamiento Terapéutico; Reforma Psiquiátrica; Psicoterapia; Enfermería

RESUMO.....	03
Introdução.....	04
• Delineando uma trajetória profissional.....	04
• Do percurso de agente terapêutico a acompanhante terapêutico: construindo um caminho.....	08
II - Suporte teórico e a <i>práxis</i> do Acompanhamento Terapêutico.....	13
A - Do surgimento da instituição psiquiátrica ao Acompanhamento Terapêutico.....	13
B - Acompanhamento Terapêutico: movimento de corpos na interação com o social.....	23
C - Gênese e trajetória histórica do Acompanhamento Terapêutico.....	29
D - Acompanhamento Terapêutico: caracterização do estado da arte.....	33
E - Considerações sobre o corpo: o resgate da auto-regulação no social, do sujeito que necessita do Acompanhamento Terapêutico.....	56
III - Objeto de estudo.....	63
• Justificativa.....	67
IV- Objetivo.....	73
V - Estratégias teórico-metodológicas.....	74
a) Considerações sobre a abordagem qualitativa em pesquisa.....	74
b) A prática do Acompanhamento Terapêutico: uma possibilidade de ação focalizando o corpo.....	75
c) Instrumentos de coleta de dados.....	77
d) Participantes da pesquisa.....	77
e) Procedimentos de coleta dos dados.....	78
f) Roteiro para Registro das Observações dos Acompanhamentos (ROA)	79
g) Diário de campo.....	80
h) Procedimento de análise de dados.....	80
VI - Resultados.....	82
A - Apresentação dos Acompanhamentos Terapêuticos.....	82
• Caso I.....	82

• Caso II.....	85
• Caso III.....	87
• Caso IV.....	88
B - Síntese dos resultados do Acompanhamento Terapêutico.....	90
• Caso I.....	90
• Caso II.....	93
• Caso III.....	95
• Caso IV.....	96
C - Reflexões sobre os resultados do Acompanhamento Terapêutico.....	100
VII - Considerações finais.....	102
<b>VIII - Referências Bibliográficas.....</b>	<b>104</b>
IX – Anexos.....	109
• Anexo I - Roteiro para Registros das Observações dos Acompanhamentos (ROA).....	109
• Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
• Anexo III - Diários de campo.....	118

## I - Introdução

### ◆ **Preâmbulo: delineando uma trajetória profissional**

Iniciei o meu contato com a área da saúde mental no ano de 1985, quando fiz a disciplina Enfermagem Psiquiátrica no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia. No ano seguinte houve uma seleção pública estadual, em que foram escolhidos, através de concurso, estudantes da área de saúde para trabalharem como bolsistas em instituições do Estado.

Assim, trabalhei durante o ano de 1986 em um hospital psiquiátrico, unidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, especializada na assistência psiquiátrica, situado na cidade de Feira de Santana. Na época da pesquisa que realizei no mestrado, era considerado o maior hospital psiquiátrico do Estado da Bahia, com capacidade para 550 leitos, sendo que 400 desses são destinados ao chamado “Núcleo de Recuperação Agrícola”, que abriga pacientes considerados *fora de possibilidade terapêutica* (FPT) (PITIÁ, 1997).

Nesse período, realizava atividades administrativas no hospital, em substituição aos enfermeiros no horário que havia menor concentração de profissionais. Contudo, eu me inclinava para atividades diretamente relacionadas ao cuidado dos pacientes e, assim, junto com os demais bolsistas que ali estavam trabalhando, realizávamos atividades voltadas para o cotidiano deles: reuniões para desenvolverem ações de praxiterapia, música, festejos culturais, etc. O período de um ano foi suficiente para que eu percebesse que era atraída muito mais pela possibilidade de propiciar algo, que, futuramente como profissional, favorecesse atitudes terapêuticas para os pacientes psiquiátricos. Percebia os entraves da estrutura manicomial vigente, contudo não os considerava como impeditivos para que se pudesse lançar um novo olhar para aqueles seres humanos que se encontravam internados.

Quatro anos mais tarde, em 1990, através de concurso público, fui selecionada para a vaga de professora em um curso de graduação de

enfermagem, iniciando o ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica na Universidade Estadual de Feira de Santana, a mesma de minha formação. Em sala de aula, juntamente com a companheira de disciplina, travávamos discussões críticas com os alunos, no sentido de podermos focalizar a realidade do atendimento em psiquiatria de modo mais crítico e diversificado, com possibilidades de saídas viáveis para quem dele necessitasse que não se restringissem apenas à colocação de pessoas em um manicômio, muitas vezes para ali se tornarem moradoras perpétuas.

Era importante, pensava eu como docente, que a indignação quanto aos modelos tradicionais de tratamento em psiquiatria me estimulasse o sentimento de busca na perspectiva de contribuir no processo de transformação de uma realidade. Enquanto professora de graduação e fazendo parte de uma outra instituição, procurava mobilizar os alunos, na expectativa de sensibilizá-los, antes de qualquer coisa, na condição de seres humanos, refletindo que, futuramente, estariam na condição de enfermeiros e, portanto, profissionais da saúde.

Assim, as nossas idas ao campo de estágio nesse hospital eram acompanhadas de reuniões diárias entre estudantes e professores, em que discutíamos com olhar crítico aquela realidade manicomial, respeitando, contudo, a maneira de serem conduzidas as atividades cotidianas da instituição. Ou seja, os alunos participavam no auxílio das atividades que já eram desenvolvidas pela equipe de enfermagem dos setores onde aconteciam os estágios. Mas, cada um era orientado a **acompanhar**, de forma **terapêutica**, um paciente, escolhendo-o por empatia, podendo assim, através do estabelecimento do **vínculo**, conhecê-lo em sua história pessoal, o que poderia possibilitar alguma interferência positiva junto àquelas pessoas ali internadas e sem aparentes perspectivas de melhora.

Chamo a atenção para o fato de que “acompanhar de forma terapêutica” aqui significava **estar ao lado do paciente** durante o turno de estágio do estudante. Ele acompanhava o paciente em suas atividades cotidianas na instituição: banho, medicação, visita de parentes, além de oferecer alguma atividade de pintura, desenho, colagem, ou outra qualquer, com objetivo terapêutico de possibilitar ao paciente alguma estratégia que permitisse



quebrar a inércia da rotina institucional e, dentro das possibilidades do aluno em seu estágio, pudesse oferecer um suporte terapêutico ao paciente.

Na prática de atuação do enfermeiro vejo como imprescindível que suas atitudes levem em conta que seu compromisso profissional é contribuir para preservação e restauração da saúde, tendo o devido respeito à vida, contribuindo na promoção de ações necessárias para mantê-la e aprimorar sua qualidade. Ou seja, **o terapêutico**, nas ações do profissional voltado para o cliente, está relacionado com resultantes de ações e reações de seu comportamento, cuja origem se baseia na identificação e determinação das necessidades apresentadas pelas pessoas com as quais se está interagindo no processo terapêutico do acompanhamento de suas dificuldades. O importante também nessa relação é o enfermeiro poder ouvir, sem julgamentos valorativos e avaliar sem críticas, reprimendas ou conselhos (EPSTEIN, 1977, DANIEL, 1983).

Nesse sentido, a atitude terapêutica provém do trabalho pessoal do profissional com sua própria personalidade, em que contribuirá para seu modo de pensar e agir, instrumentos básicos na sua relação com outros profissionais e com o cliente. RÚDIO (1991) chama a atenção para o fato de que no diálogo de ajuda o objetivo é criar condições favoráveis para que a pessoa tome uma maior consciência de si e compreenda-se melhor, ou seja, a base do diálogo é a autenticidade de quem presta o auxílio, considerando-se que todas as soluções existenciais, necessárias para a vida do indivíduo em dificuldade, encontram-se dentro dele próprio e aí devem ser construídas. Para isso, o profissional que o ajuda, acompanhando-o em sua dificuldade, procura uma condição favorável para que se dê essa construção pessoal dos recursos de enfrentamentos, alavancando possibilidades adequadas de saídas frente ao problema enfrentado.

Recentemente, pude encontrar idéias convergentes com as que acabei de expor, na literatura sobre Acompanhamento Terapêutico (AT). BERGER (2001) quando discute sobre o ato de acompanhar, refere-se como uma atitude **de estar ao lado do paciente** e poder escutá-lo em sua história e experiências particulares.

Na orientação que oferecíamos aos alunos, fazia parte do acompanhamento que haveriam de realizar com os pacientes a realização de

um estudo de caso. O paciente era escolhido pelo critério de empatia e o contato possibilitava uma aproximação aluno/paciente. Mediante o vínculo possível de ser estabelecido, eram colhidos dados pessoais, familiares, sócio-econômicos, através de atividades realizadas na própria instituição, e também de visitas domiciliares às famílias do paciente, visando conhecer o seu ambiente, procedendo ainda uma maior aproximação de sua história, orientação à família e trazendo de volta contribuições através de informações úteis aos profissionais responsáveis pelo paciente no hospital.

Em outra ocasião, por motivo de greve no hospital psiquiátrico que era nosso campo de estágio, fomos [professoras da disciplina] levadas a pensar em saídas para a realização do estágio dos alunos. Partimos para a realização de estágios em dois novos campos: um hospital geral e um hospital maternidade. Nessas instituições hospitalares descobrimos uma outra maneira de se acompanhar, de forma terapêutica, a saúde mental, junto a outro tipo de clientela que não se classificava como psiquiátrica.

Assim, orientávamos que, ao acompanharem os pacientes, pudessem **escutá-los** em suas dificuldades, que poderiam estar relacionadas ao próprio fato de estarem internados no hospital, seus sentimentos frente ao tratamento que estavam realizando, o desconhecimento de ambientes restritos, como por exemplo o centro cirúrgico, e quais as expectativas que apresentavam na fase pré-operatória, etc. No caso da maternidade, como estariam se sentindo as novas mães, o que teriam elas para falar sobre si e que talvez não estivessem tendo oportunidade de colocar diante do cotidiano daquela realidade hospitalar.

Todo esse contexto, em que trabalhava na orientação desses estágios, contribuiu para me fazer enxergar a amplitude do campo de ação do profissional que trabalha na área de saúde mental. Percebi que temos na **escuta** e no **acolhimento do sofrimento psíquico humano** importantes elementos de intervenção terapêutica.

Ainda como docente, engajava-me em discussões sobre estratégias de luta e maneiras de se 'desmanicomializar' o modelo de atendimento em psiquiatria. Engajada no Movimento de Luta Antimanicomial, realizamos na Universidade alguns seminários. Na Jornada Universitária do ano de 1994, foram debatidas novas formas de atendimento em saúde mental, com a participação de outros profissionais engajados nessa discussão. Em

assembléia, o dia 16 de dezembro daquele mesmo ano foi escolhido como o Dia Municipal de Luta Antimanicomial no município de Feira de Santana. A comemoração desse dia pode ser feita durante dois anos seguintes, em manifestações feitas pelos alunos no centro da cidade, no sentido de mobilizarem a opinião pública a respeito da assistência psiquiátrica. Sabíamos que com essas manifestações não teríamos condições de mudar a mentalidade como em um passe de mágica, contudo, o princípio de todo esse movimento era buscar enxergar e construir saídas viáveis, mesmo que consideradas insignificantes, no processo de transformação do atendimento em psiquiatria.

Essas saídas eram pensadas a partir de uma visão sobre 'louco' um sujeito com possibilidades, de desempenhar na vida seu papel de cidadão, apesar de sua dificuldade. Contribuiria muito, no entanto, ações terapêuticas em saúde mental voltadas para uma 'política' de aproveitamento das partes sadias da pessoa em desequilíbrio psíquico.

#### ◆ **Do percurso de agente terapêutico a acompanhante terapêutico: construindo um caminho**

Ao realizar a pesquisa de mestrado na qual investiguei sobre o cotidiano do enfermeiro em suas atividades realizadas dentro de um hospital psiquiátrico, elegi esse profissional como objeto de estudo, apreendido em atividade, como agente que constrói relações no contexto do dia-a-dia de trabalho. Ele foi percebido como importante contribuinte de toda trama interdisciplinar na qual está envolvido dentro da instituição. Nesse contexto, vejo-o como um sujeito que pode desenvolver ações potencialmente transformadoras, em articulação aos demais sujeitos/profissionais de saúde e de outras áreas afins.

Pude observar, na realidade daquela instituição, que os enfermeiros ocupavam posições de destaque e funções estratégicas, servindo como uma espécie de **ponte** entre os profissionais e os pacientes ali internados, através da coordenação de serviços desenvolvidos dentro da instituição e que diretamente estavam voltados para o atendimento prestado. Nesse sentido, o enfermeiro poderia ser considerado como um **agente terapêutico**, aquele que, dentro da equipe multidisciplinar, despendendo mais horas ao lado do paciente,

potencialmente tem nas mãos melhores condições de promover uma ação terapêutica efetiva no acompanhamento desses pacientes (PITIÁ, 1997).

Tenho a visão de que um agente terapêutico pode ser considerado o profissional de saúde que, independentemente de sua formação acadêmica, coloca-se como elemento de ajuda no relacionamento com um sujeito em dificuldade e que necessite de sua intervenção de forma terapêutica. Frequentemente, esse profissional configura-se como “modelo” na relação terapêutica com o paciente.

O enfermeiro, dada sua maior proximidade com os indivíduos em dificuldades e que estão submetidos ao tratamento durante uma internação, por exemplo, funciona como o elemento que está mais próximo desse papel de “modelo” na relação terapêutica de ajuda, desenvolvendo atividades que possam permitir às pessoas assistidas melhores condições, sejam físicas ou psíquicas, para restabelecimento do seu quadro clínico (TAYLOR, 1992).

Ao abordar o paciente, o enfermeiro tem uma oportunidade “única” de estabelecer uma relação terapêutica de ajuda porque pode conviver e acompanhar seu movimento diário, possibilitando um ambiente acolhedor e também com características terapêuticas. “São figuras-chaves para determinar a eficácia do programa de tratamento ou plano de atendimento individual.”(IRVING, 1979, p. 70)

Além disso, os enfermeiros servem de “...modelos de tratamento para os pacientes” (IRVING, 1979, p. 70). Sendo “modelo” na relação terapêutica, desenvolve-se enquanto um agente, que tem nas mãos possibilidades de mediar a comunicação do paciente com o meio social:

“A enfermeira não é apenas um agente terapêutico para o paciente, ela é também um agente social... Guia sua participação social, ensina-lhe novas habilidades sociais ou ajuda-o a recuperar as que perdeu... Encoraja o paciente a formar novas relações de ajuda mútua com as pessoas de seu ambiente imediato e passar daí para novos ambientes e novas relações sem a sua presença.” (IRVING, 1979, p. 71)

Essa noção de agente terapêutico e modelo de identificação na relação com o paciente é algo comumente encontrado na literatura em enfermagem e podemos até mesmo afirmar que o relacionamento que o enfermeiro estabelece com o cliente tem um potencial terapêutico significativo.

Em uma perspectiva histórica sobre essa idéia, a enfermeira psiquiátrica Helena Willis Render, em 1947, foi a primeira a publicar um livro sobre o relacionamento enfermeiro-paciente. Em outra área profissional da enfermagem, a enfermeira Hildergad Peplau, “...uma atuante enfermeira médica e educadora...” (TAYLOR, 1992, p. 71), em 1952 publicou o livro *Interpersonal Relations in Nursing*, que enfocava o potencial terapêutico da relação pessoa a pessoa. Esse livro revolucionou o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica, segundo TAYLOR (1992)

No contato com a prática em Acompanhamento Terapêutico (AT), notei que, além de ser uma atividade profissional que abriga a característica da articulação entre os profissionais envolvidos no caso atendido, era também dado ênfase na questão de o acompanhante terapêutico (at) favorecer um “modelo de identificação” para o paciente por intermédio da função de “ego auxiliar”.

Essa idéia se faz presente na literatura encontrada sobre AT, sendo pela primeira vez referida por duas psicólogas argentinas (S. Kuras e S. Resnizky), no livro *Acompanhamento Terapêutico e pacientes psicóticos*, no qual apresentam a primeira iniciativa de sistematização sobre a maneira como é prestado o atendimento em AT. Essas autoras estabeleceram uma espécie de roteiro para os iniciantes nessa prática (SERENO, 1996).

Identifiquei-me com a prática em AT e, como profissional de saúde mental, trabalhando como acompanhante terapêutico (at), me encontrava exercendo uma função talvez há muito tempo já revelada dentro de mim.

Estudos da área de enfermagem confluem na discussão sobre o enfermeiro como agente terapêutico, ou modelo de identificação dentro das instituições. Esses estudos se concentram especialmente nos estudos da área de enfermagem de saúde mental.

Autoras como ROCHA (1994), PROENÇA (1984) discutem o papel do enfermeiro psiquiátrico no âmbito micropolítico das relações estabelecidas com os outros profissionais, em que se desvelam com suas características pessoais e profissionais peculiares nos espaços e oportunidades, contribuindo na construção de novas práticas.

Em uma perspectiva diferente, FRAGA (1993) discute o trabalho da enfermagem psiquiátrica enfocando o caráter social e histórico da profissão.

Concluiu que, pelo próprio dinamismo inerente da historicidade das ações, os fazeres se codificam nas relações sociais estabelecidas no processo do atendimento em saúde mental.

Em um aspecto mais amplo da profissão, não focalizado na área da enfermagem psiquiátrica, estudos como o de MELO (1986), ALMEIDA & ROCHA(1989) e SILVA (1989), propõem-se a tratar a profissão de enfermagem como processada em uma formação envolvida por uma especificidade e um saber próprio, mas que se constrói em relação com outros saberes e práticas profissionais, possibilitando ao enfermeiro atuar historicamente dentro da profissão.

Olhando para o enfermeiro e seu trabalho na área de saúde mental, HUMEREZ (1988), BALDI (1992), MIRANDA (1994), SAEKI (1994), mediante o enfoque sociológico sobre a prática desse profissional, procuram analisar e entender, criticamente, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e o imaginário construído historicamente dentro do processo do exercício profissional dessa categoria.

Fazendo parte dessa historicidade, como sujeito que procura estar constantemente construindo possibilidades de ação como enfermeiro, continuei buscando aperfeiçoamento e aprofundando o campo de atuação profissional.

Ao concluir a pesquisa que desenvolvi no mestrado, olhar para o desenrolar do trabalho da categoria profissional do enfermeiro e seu trabalho dentro de uma instituição manicomial propiciou-me um sentimento de frustração. Pude constatar que o envolvimento com um local em que os aspectos macro-determinantes são grandemente reforçados por atitudes institucionais que corroboram essas forças, dava-me a sensação de que, presa a essas determinações, trilharia um caminho mais difícil no sentido de uma maior contribuição dentro do processo de atendimento aos sujeitos internados e em busca de **tratamento**.

Inclinei-me, então, para a área de intervenção terapêutica, conduzida pelo desejo de poder direcionar os aspectos pessoais de minha prática no atendimento terapêutico. Essa aspiração de ação profissional convergiu com um convite que recebi para realizar uma especialização, de três anos, em um curso de Formação para Terapeutas e Psicoterapeutas Corporais - Neo-Reichianos. Esse é ministrada pelo Instituto Lumen (Centro de Estudos Neo-

Reichianos de Ribeirão Preto - SP) e me ajudou a orientar o meu **ser terapeuta**, anteriormente estimulado por minha prática como enfermeira de saúde mental e professora de enfermagem psiquiátrica.

Ao iniciar essa formação em 1997, realizei também um curso de Acompanhamento Terapêutico ministrado por um psicólogo, que, na época, era acompanhante terapêutico do Hospital-Dia A Casa, de São Paulo. Esse foi o meu primeiro contato com essa prática.

Desse curso foi formada uma equipe de acompanhantes terapêuticos em Ribeirão Preto, composta por profissionais de diferentes formações: terapeuta ocupacional, enfermeira e médico psiquiatra. As atividades dessas equipe se encerraram dois anos depois, por questões pessoais de seus membros.

Continuo no aperfeiçoamento profissional como terapeuta e iniciei, no ano de 2000, uma formação internacional como analista bioenergético, que se realiza também no Instituto Lumen (Centro de Estudos Neo-Reichianos de Ribeirão Preto) filiado ao *The International Institute for Bioenergetic Analysis New York*.

No seguimento da prática como profissional de saúde que exerce a função de terapeuta, cumpro atividades de supervisão semanal, em grupo, supervisionada por duas Trainees Locais em Análise Bioenergética, filiadas ao *The International Institute for Bioenergetic Analysis New York*. Além disso, tenho sessões pessoais de psicoterapia, de periodicidade semanal, pré-requisito imprescindível para o preparo emocional e psíquico na realização da prática terapêutica.

Interessante registrar que essa experiência de construção da formação profissional, converge com a visão de TAYLOR (1992) quando se refere ao papel profissional do **enfermeiro terapeuta**:

“...é essencial que a enfermeira aponte um terapeuta profissional capacitado para funcionar em bases regulares como seu preceptor ou supervisor, enquanto está trabalhando como **enfermeira terapeuta** [grifo meu]. Ao fazê-lo, melhora a eficácia de suas interações com o paciente, bem como aumenta seu próprio conhecimento e habilidade.”(p.87)

E continua adiante, quando se refere a essa função terapêutica que os enfermeiros podem exercer: “As *enfermeiras com uma formação avançada*

*freqüentemente adotam os princípios desenvolvidos através da prática da psicoterapia.” (TAYLOR, 1992, p. 87)*

Identificada com a maneira como se processa o atendimento em AT, percebi nessa prática uma característica voltada para um espaço fecundo de possibilidades. Nesse tipo de intervenção, procura-se mostrar ao paciente as saídas viáveis relativas à sua dificuldade. Visto que o atendimento é feito fora do espaço protegido de uma instituição propriamente dita, o profissional lança mão de aspectos que têm, em sua própria pessoa o instrumento mais importante de intervenção na relação terapêutica com o paciente. Em atendimentos na rua, por exemplo, necessita, criativamente, colocar em ação o seu potencial de terapeuta, em um espaço que é terapêutico pela proteção que se estabelece na relação entre ele e o cliente.

No presente trabalho, procuro trazer uma contribuição como enfermeira que, como profissional de saúde, circula na prática do **Acompanhamento Terapêutico (AT)** realizando uma atividade clínica que objetiva romper com o isolamento social em que se encontram pessoas com distúrbios psicóticos, deficiências físicas e mentais, ou mesmo que vivenciem outras situações nas quais estejam comprometidas as atividades cotidianas.

Procurei estabelecer uma articulação entre a prática terapêutica do Acompanhamento Terapêutico, e a noção de auto-regulação social do sujeito em suas dificuldades, diferenças e necessidades de individuação, no processo de constituição histórica e social do ser humano. Dentro dessa perspectiva teórica, o ser humano é visto como um ser dotado de movimento vital próprio, que lhe dá possibilidades de mover-se para as várias direções possíveis, em busca do restabelecimento de sua autonomia e de suas potencialidades.



## **II - Suporte teórico e a *práxis* do Acompanhamento Terapêutico**

### **A) Do surgimento da instituição psiquiátrica ao Acompanhamento Terapêutico**

Nesse momento pretendo fazer um breve delineamento dos marcos fundamentais dos vários modelos psiquiátricos relativos às principais correntes de reformas psiquiátricas, desde a época clássica até o mundo contemporâneo, procurando estabelecer uma relação com a prática de AT, tema do presente trabalho.

Vale salientar que não terei a pretensão de me aprofundar na história da loucura ou da psiquiatria mas, somente estabelecer que as bases do Acompanhamento Terapêutico, enquanto prática, surgem a partir dos modelos de atenção psiquiátrica.

Nesse sentido, inserir o fenômeno de uma prática inovadora em uma perspectiva histórica possibilita uma condição essencial para se pensar novos saberes na área de saúde mental. Outros estudos na enfermagem psiquiátrica debruçaram-se de uma maneira mais contundente sobre os aspectos históricos da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica, podendo servir como fonte de aprofundamento sobre o assunto, a exemplo de BARROS (1996) e OLIVEIRA (1999).

#### **◆ Modelos de atenção em psiquiatria**

No modelo psiquiátrico clássico, relativo à época clássica (início do século XVIII), o hospício tem função eminentemente de 'hospedaria' e é um espaço de recolhimento para toda ordem de pessoas: prostitutas, marginais, ladrões, loucos, vagabundos, todos que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social vigente. O enclausuramento não possui caráter de medicalização, natureza

patológica; o olhar sobre a loucura não se diferencia das demais categorias marginais, contudo o critério da exclusão delas está referido à figura da desrazão (FOUCAULT, 1982 ; AMARANTE, 1995).

FOUCAULT (1982) enfatiza sobre o hospital e sua função de instrumento terapêutico, tratando-o como uma invenção do final do século XVIII. Surge então a idéia de que o hospital deve curar, mais precisamente em 1780, em que é assinalada por uma prática de visitas e observação sistemáticas e comparadas entre os hospitais. Como exemplo clássico dessa época, cita o francês Tenon, que trabalhou na reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris. O novo plano de construção dos hospitais passa a ser elaborado a partir das indagações feitas ao espaço hospitalar, que deixa de ser apenas um espaço arquitetônico. Antes desse século, o hospital era essencialmente instituição de assistência aos pobres, como também instituição de separação e exclusão.

Em *História da Loucura na Idade Clássica*, FOUCAULT (1993) tem como objeto de estudo a rede de relações entre prática, saberes e discursos que vêm fundar a psiquiatria, por meio de dispositivos disciplinares da prática médica psiquiátrica. No hospital, a classificação e sistematização das doenças permite à psiquiatria se deparar com diversificados códigos relativos às doenças mentais. O atendimento clássico se resumirá em internação em ambientes apropriados aos loucos e suas manifestações psíquicas. Está assentada, então, uma nova tecnologia hospitalar e um poder institucional com novo mandato social: o da assistência e tutela do louco.

Reformas políticas e sociais na França, em finais do século XVIII, conseqüências do Iluminismo e dos princípios da Revolução Francesa, determinam novos mecanismos de exclusão/inclusão e, assim, somente loucos permanecem isolados na internação. Pinel, na França e Tuke, na Inglaterra, protagonizam a reforma asilar e o internamento passa a ter caráter médico. No tratamento moral de Pinel e de seus contemporâneos, o louco é libertado fisicamente, mas passam a ser reprimidos moral e socialmente de maneira ininterrupta. No esquadramento do espaço hospitalar ele passa a ser vigiado, julgado, responsabilizado, corrigido e reprimido (CASTEL, 1978; FOULCAULT, 1982).

A partir do século XIX, a psiquiatria segue o imperativo de ordenação dos sujeitos, segundo a classificação “natural” das doenças, conforme o modelo

positivista da época. Modelo centrado na medicina biológica, seguindo orientação das ciências naturais, limitando-se a descrever distúrbios nervosos, na busca de um conhecimento “objetivo” do homem. Concordo com AMARANTE (1995) quando diz que esse modelo é tão amplamente difundido que influencia a prática psiquiátrica até os dias de hoje.

A síntese alienista de Pinel reúne três aspectos: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente. O tratamento moral, portanto, é composto de um poder, um saber e um lugar para seu exercício – o hospital (CASTEL, 1978).

Assim, a psiquiatria emerge com uma prática e discurso sobre a loucura que a reduz à alienação, o que está calcado na prática asilar e legitimado pela instituição médica. CASTEL (1978) cita a primeira lei européia – Lei de 30 de junho de 1838 – instituída através do poder da instituição médica, configurando *status* jurídico, social e civil do louco. O aparato jurídico doravante exercerá influência sobre a condição de minoridade social do louco e o reforço legal dos aspectos de periculosidade e ordem pública, que ainda envolvem a psiquiatria atual. Assim, dentro do paradigma legislativo, a medicalização da loucura é caracterizada dentro de um paradigma científico. Pinel é considerado o primeiro formulador do *corpus* teórico da ciência alienista, confirmado pela observação natural dos sinais e sintomas da loucura.

Esquirol se reúne a Pinel, em Salpêtrière, e marca a medicina mental com sua obra científica sobre o conceito médico de loucura e das distintas ordens de fenômenos psíquicos presentes na alienação mental. Caminha-se da noção de alienação para o conceito de doença mental (MACHADO, 1978).

As influências da medicina geral e descobertas de causas orgânicas para as doenças mentais sofrem o influxo do modelo de cientificidade da medicina anatomopatológica. Destaque para a teoria da degenerescência, criada por Morel, como a mais organicista das teorias. A degenerescência é considerada hereditária e irreversível influenciando as ações da psiquiatria (CASTEL, 1978).

Em sentido contrário ao organicismo médico, surge o novo saber no campo da psiquiatria – a psicanálise. Com ela, foi possível se transpor a problemática da doença mental para fora das localizações estritamente corporais, restritas ao aspecto biológico apenas, acrescentando o universo

simbólico, que rompe com a rigidez nosográfica e estabelece novos dispositivos terapêuticos. Assim, as concepções sobre o processo de saúde-doença mental se assentam sobre o organicismo biológico da loucura e a psicodinâmica - com as descobertas de Freud revolucionando a psiquiatria, com as teorizações sobre o inconsciente (SILVA FILHO, 1990).

A organização do espaço asilar contribui com uma certa imposição de uma relação terapêutica, visto que era preciso estar junto ao indivíduo doente para observá-lo, anotar características, entre outras tarefas necessárias no processo de medicalização, e assim poder apropriar-se da loucura em suas manifestações, pelo discurso e prática médicos. Ou seja, se delineia uma sistematização do atendimento psiquiátrico.

O período do pós-guerra evidencia-se como cenário para o projeto da reforma psiquiátrica contemporânea, em que se acentua a contradição entre a prática psiquiátrica, que as instituições de grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico original da medicina mental. Pinel, com o ato de liberação dos loucos, redimensionou práticas e fundou um saber prático que aspirava o reconhecimento e território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental (FOULCAULT, 1982).

As reformas posteriores a Pinel, procuram questionar ora a instituição, ora o saber psiquiátrico. AMARANTE (1995), utiliza o termo “psiquiatria reformada” para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. Daí temos: 1) a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando reformas no âmbito asilar; 2) a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de separação das reformas referidas ao espaço asilar, e, por fim, 3) a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, liderando a chamada psiquiatria democrática na Itália.

Esses modelos de atenção configuram o cenário de propostas terapêuticas em saúde mental, em que a prática de Acompanhamento Terapêutico e a maneira como vem sendo construída implica no universo de possibilidades de ação e intervenção em favor da ‘clínica do espaço’, expressão já utilizada e divulgada no I Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos, ocorrido em maio/2001 na cidade de São Paulo.

#### ❑ **Comunidade terapêutica e psicoterapia institucional**

Comunidade terapêutica é um tipo de atendimento que passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar. A deprimente condição dos institucionalizados, no pós-guerra, começa a chamar a atenção e é até mesmo comparada aos campos de concentração nazistas. Nesse contexto, toda a espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos é repudiada e reprimida pelo tecido social, bem como torna-se urgente reparar abusos e absurdos que causaram danos psicológicos, físicos e sociais aos indivíduos submetidos a tratamentos desumanos.

O asilo psiquiátrico está, nesse momento, em um quadro de precariedade extrema. Não cumpre a função de recuperação dos doentes mentais e, paradoxalmente, passa a ser responsabilizado pelo agravamento das doenças. A denominação Comunidade Terapêutica surge em 1946 quando T. H. Main assim intitula o trabalho que vinha desenvolvendo com Bion e Reichman, no Montfield Hospital, em Birmingham. Contudo, somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo e o delimita enquanto uma série de experiências que se desenrolam em um hospital psiquiátrico, inspiradas nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman (AMARANTE, 1995).

JONES (1972) explicita sua concepção sobre a comunidade terapêutica, afirmando que sua proposta pautava-se no tratamento de grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico. Pela concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar, considerada segregadora e cronificadora.

O hospital deve ser constituído por pessoas, doentes e funcionários que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição; uma comunidade terapêutica então é vista como terapêutica porque é entendida como contendo em si mesma princípios que levam a uma atitude comum, não somente se limitando ao poder hierárquico da instituição.

Com o termo “aprendizagem ao vivo” introduzido por Maxwell Jones, pode-se trabalhar o paciente juntamente com o grupo no momento em que um conflito emerge, na prática, abrindo-se a possibilidade de se enriquecer diante

de algum problema. Daí serem necessárias a comunicação e troca de experiências entre o hospital e a comunidade externa, a partir de uma maior cooperação e compreensão entre equipe, pacientes, parentes e estabelecimentos externos. A estrutura do trabalho permite maior contato, por parte da equipe técnica, com os problemas no próprio cenário da comunidade em que o sujeito vive.

AMARANTE (1995) menciona que a reforma sanitária inglesa é marcada pelo trabalho que Jones inaugura e esse trabalho pontua uma nova relação entre hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrando a possibilidade de que alguns doentes mentais possam ser tratados fora do manicômio. Uma característica essencial na comunidade terapêutica é a reunião diária de todos que dela participam, da equipe técnica aos pacientes de uma unidade ou seção particular.

BASAGLIA (1985) que administrou a comunidade terapêutica do hospital de Gorizia, na Itália, tece sua crítica sobre a maneira como funciona uma comunidade terapêutica, quando ela se afasta pouco a pouco do plano da realidade sobre o qual vive a sociedade, em vista do pressuposto de se destruir o princípio de autoridade, na tentativa de programar uma condição que é nitidamente contraditória aos princípios formadores de uma sociedade. A sociedade já se identificou com as regras que canalizam os indivíduos para um tipo de vida anônimo, impessoal e conformista, sem possibilidade de intervenção individual.

A contradição com a realidade possibilitaria um estímulo em que germina uma ação terapêutica recíproca – o jogo das contradições, que rompe situações que, caso contrário, levaria à cristalização de papéis. Assim, Franco Basaglia inaugura a denominada psiquiatria democrática.

Outras críticas referem ter sido a comunidade terapêutica uma experiência importante de modificação de dentro do hospital, não conseguindo, porém, colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que se fundamenta na existência do próprio hospital psiquiátrico. De fato, a proposta da comunidade terapêutica se reduz ao espaço asilar, em que a intervenção terapêutica na comunidade externa se dá como complemento, em nítida analogia com os primeiros asilos especiais, sem a discussão sobre causas

externas, não necessariamente da enfermidade mental, mas da reclusão no asilo (AMARANTE, 1995).

Na comunidade terapêutica os pressupostos eram predominantemente sociológicos e o doente passou a ter um significado histórico-social. Além disso, houve transformações da relação médico-paciente pela democratização das relações institucionais: liberdade de comunicação, análises individuais e dinâmicas interpessoais (SHITTAR, 1985).

Nesse contexto assistencial, voltado para a instituição que propõe o tratamento da enfermidade mental, encontramos também a psicoterapia institucional.

A psicoterapia institucional foi assim denominada por Daumezon e Koechlin, em 1952, para caracterizar o trabalho que havia sido iniciado por François Tosquelles no Hospital de Saint-Alban, na França. Traz como novidade o fato de pensar as instituições como organizações dotadas de características doentias e que devem ser tratadas. Alimenta-se ainda do exercício permanente do questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica do poder médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. A explosão do movimento psicanalítico, ocorrida logo após a guerra, leva a psicoterapia institucional à condição de “tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise”, principalmente a da tradição lacaniana, na medida em que se instaura forte movimento para introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas (VERTZMAN *et al.*, 1992).

O objeto da psicoterapia institucional tem como referência o coletivo dos pacientes e técnicos de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional, da hierarquia e da verticalidade, conforme referido anteriormente. Na proposta da horizontalidade, é enfatizada a relação terapeuta-cliente. Novos espaços e possibilidades terapêuticas se apresentaram como experiências de amplitude do caráter terapêutico: ateliês, atividades de animação, festas, reuniões.

Esse modelo de atendimento, dentro do processo de reforma psiquiátrica, sugere o encontro de um limite entre o dentro e o fora da instituição, dificultando uma dialética na relação entre o espaço interno institucional e o lado de fora, que inclui a loucura no meio social. As bases excessivamente centradas na instituição, relativas à psiquiatria institucional, restringem-se então

ao espaço asilar, sem questionar a função social da psiquiatria, do asilo, dos técnicos, sem objetivar transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador do conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.

BIRMAN (1992) enfatiza que este projeto encontrou limites na impossibilidade de dialetizar a relação entre o espaço de dentro e o de fora da instituição. Tanto na comunidade terapêutica, como na psicoterapia institucional, realiza-se uma prática pedagógica entre os loucos, no sentido de regulação dos excessos através do controle do discurso e dos atos dos internados, que devem aprender com a microssociedade as regras das relações interpessoais do espaço social.

Nessa perspectiva, ao que parece o asilo psiquiátrico se apresenta como único lugar de acolhimento do psicótico, na medida em que se configura o seu local de atendimento e possibilidade de ligação dele consigo mesmo e com sua dificuldade (VERTZMAN *et al.*, 1992).

#### □ **Psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva**

AMARANTE (1995) refere que a psiquiatria de setor (França, década de 60) representou uma contestação à psiquiatria asilar anterior às experiências de psicoterapia institucional. A denominação “setor”, segundo os seus idealizadores Bonnafé e um grupo de psiquiatras considerados progressistas, é essencialmente um projeto que pretende devolver à psiquiatria uma vocação terapêutica, que não se consegue no interior dos hospitais, através de uma estrutura alienante. Daí se levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, visto como sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se de uma terapia *in situ*, sendo que o paciente será tratado dentro do seu meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais uma etapa transitória do tratamento.

Institui-se o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada divisão hospitalar corresponda uma área geográfica e social, proporcionando uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar adequação de cultura e hábitos entre os



pacientes de uma mesma região, e dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que o tratava no hospital.

Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico se resume no auxílio ao tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade, priorizando assim a possibilidade de assistência ao paciente em seu contexto familiar, o que já se torna um fator terapêutico. A crítica a essa proposta é feita por intelectuais que a interpretam como um aumento de abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pelos setores conservadores estivessem amedrontados com possibilidade dos loucos invadirem as ruas, ou ainda pelo custo alto de implementação dos serviços nos diversos setores (AMARANTE, 1995).

Na opinião de ROTELLI (1994), a psiquiatria de setor não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico, pois conciliava o hospital com os serviços externos. Além do mais, não fez nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. Assim, as práticas psicanalíticas foram se tornando cada vez mais dirigidas ao tratamento dos indivíduos normais e cada vez mais distantes das situações de tratamento da loucura.

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasce nos Estados Unidos após decreto assinado pelo Presidente Kennedy, em 1963, que redireciona os objetivos da psiquiatria, incluindo o objetivo de redução da doença mental na comunidade. Nessa época, profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia se apresentavam como reflexo do ambiente pós-guerra do Vietnã, movimento *hippie*, gangues de jovens desviantes que continuavam a crescer em progressão geométrica, acarretando aumento da cronificação hospitalar, o que gerava aumento de custos para as famílias e para o governo em todos os níveis: municipal, estadual e federal.

A psiquiatria preventiva ou comunitária surge no cenário da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa. O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. Pela redução do conceito de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas,

instaura-se uma crença de que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade (AMARANTE, 1995).

Iniciou-se uma onda de levantamentos epidemiológicos com o propósito de rastrear indivíduos “suspeitos” de terem doença mental ou distúrbios emocionais. Os estudos eram realizados, prioritariamente, mediante a aplicação de questionários que indicavam possíveis candidatos a tratamento psiquiátrico. A novidade desse tipo de conhecimento é a proposição da prevenção primária das doenças mentais. É conveniente que se possam prevenir transtornos mentais antes de ser estabelecida a identidade dos fatores que levam ao adoecimento. Concretiza-se, assim, a proposta higienista do século passado na realização de campanhas profiláticas de doenças mentais, baseada nas técnicas de profilaxia da tuberculose. Assim, ao invés de se contar com o conhecimento dos sintomas por parte da provável vítima ou das pessoas próximas a ela, pode-se desenvolver procedimentos de exames sistemáticos de populações inteiras para identificar casos antes do aparecimento de sintomas mínimos que levariam o sujeito à consulta (SILVA FILHO, 1987).

SILVA FILHO (1990) afirma que esse modelo terapêutico, redundava em evidente pragmatismo, elegendo como objeto de intervenção as relações sociais, como causa virtual da patologia mental, no momento histórico em que, articulada ao processo de medicalização, a saúde torna-se o sinal privilegiado de felicidade para a sociedade humana.

Por outro lado, o autor considera as contribuições relativas à racionalização dos serviços psiquiátricos, levando à diminuição do número de internações e tempo de permanência no hospital, o que levou ao desenvolvimento do atendimento ambulatorial, permitindo o aparecimento de propostas alternativas de atenção e reabilitação de enfermos mentais. Além disso, promoveu a necessidade de integração dos diversos serviços assistenciais, possibilitando uma melhor coordenação e planejamento de recursos. E reforçou a necessidade de extensão do acesso ao atendimento médico e social para todos os segmentos da população, bem como a realização desses atendimentos por agências públicas e por profissionais especializados.

A psiquiatria, tendo então que aceitar a doença mental como doença do psiquismo, e não do soma, não podia mais recorrer às Ciências Naturais para explicar o seu novo objeto e foi obrigada a buscar em teorias e disciplinas não médicas as bases de sua nova prática. As propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização, e esta se torna diretriz da maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais ou mesmo alternativas. Daí, institucionalização/hospitalização ganhar matizes de problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de dependência do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao hospitalismo (COSTA, 1989).

O arsenal dos serviços alternativos oferecidos então pela reforma preventivista situa-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos, propiciando serviços alternativos à hospitalização e implementando medidas que reduzem a internação. Ao mesmo tempo, essas concepções coincidem com a proposta de despsiquiatrização – entendida como delimitação do espectro psiquiátrico – procurando retirar do trabalho médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, remetendo-as a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não psiquiátricas, como por exemplo os grupos operativos, grupos reflexivos, de escuta, entre outros, ou atendimentos em equipes multidisciplinares, em que também ocorre a redefinição de papéis dos profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia, apoio administrativo e assim por diante (AMARANTE, 1995).

#### □ **A antipsiquiatria e as experiências a partir de Franco Basaglia.**

A antipsiquiatria, que emerge na década de 60, na Inglaterra, acontece em meio aos movimentos *underground* da contracultura, a partir do trabalho de um grupo de psiquiatras, entre os quais se destacam Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, muitos com experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Laing e Cooper, a partir de estudos de outros especialistas e conjuntamente, passaram a questionar os métodos de estudo e de ação da psiquiatria e da psicologia “tradicionais”. A crítica fundamental desses autores

refere-se à maneira tradicionalmente utilizada por psiquiatras e psicólogos para compreender a conduta, que fornece uma visão fragmentada do que seja a mente humana e os seus desvios. A antipsiquiatria vem se contrapor a essa idéia de fragmentação, partindo para o conhecimento do ser humano, em seu distúrbio mental, através de todos os sentidos possíveis (DUARTE Jr., 1987).

As discussões se dão em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, na medida em que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que se torna mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica (COOPER, 1973).

O discurso da antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação-compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, então, um novo projeto de comunidade terapêutica e um lugar onde o saber psiquiátrico possa ser interrogado. COOPER (1973) refere que os ideais da antipsiquiatria procuram romper com o cientificismo e seu modelo – o racionalismo analítico. Assim, busca investigar a realidade humana pela técnica de interação afetiva entre observador/observado – racionalização dialética, que se constitui em uma racionalidade não exterior à realidade humana e que se movimenta em uma autodefinição sintética progressiva.

A antipsiquiatria é uma tentativa de se compreender o comportamento humano de um ponto de vista diferente daquele utilizado pela psiquiatria e psicologia “tradicionais”. Este ponto de vista recua até uma visão mais geral sobre a organização político-econômica do mundo, onde estão inseridos os homens. Sendo uma maneira diferente de abordar a questão do comportamento humano e, por decorrência, a questão da “doença” mental, a antipsiquiatria é também uma proposta distinta de como se atuar junto aos indivíduos considerados “doentes”, “desviantes” ou “loucos” (DUARTE Jr., 1987).

O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico, e sim valoriza a análise do discurso por meio da metanóia, da viagem ao delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo de forma intensiva, seja por métodos de investigação, seja pela não repressão

à crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, desencadeia-se o processo de resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. O processo de supressão de manicômios da psiquiatria democrática de Franco Basaglia, na Itália, encontra respaldo nesse modelo para sua proposta. É enfático o respeito às diferenças e o comportamento peculiar do “louco”, como todo seu jeito de se comunicar (PITIÁ, 1997).

Sabe-se que as experiências de Reforma Psiquiátrica em Trieste, Itália, preocuparam-se inicialmente com a desinstitucionalização da doença mental, voltando-se para a existência complexa da pessoa em sofrimento psíquico, considerando a relação do seu sofrimento com o contexto social em que ela vive. Percebe-se a ênfase sendo colocada não no sintoma, mas sobre projetos de “invenção” na saúde e reprodução social do paciente, ou seja, preconiza-se utilizar da riqueza infinita de papéis sociais, promovendo ativamente amplas possibilidades de ação terapêutica (ROTELLI, 1990).

## **B) Acompanhamento Terapêutico: movimento de corpos na interação com o social**

Na história do Acompanhamento Terapêutico, identificamos seus primórdios nos anos 60, com a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas e a tentativa de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos (SERENO, 1996).

Na América do Sul, esse tipo de atendimento teve sua origem, na década de 70, vindo da Argentina, chegando pouco depois ao Brasil, onde se estende ao longo do eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Apresenta duas trajetórias: uma que passa por Porto Alegre e chega ao Rio de Janeiro, e outra que chega diretamente a São Paulo, vinculada ao que anteriormente era chamado de “amigo qualificado” argentino (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

O trabalho de AT permite que o profissional, em sua função de at, acolha o material psíquico do paciente de um lugar singular, onde a relação terapêutica se dá sem a privacidade das paredes institucionais, possibilitando o

projeto de “invenção” de saúde e a reprodução social do paciente. O at acompanha o paciente pelas ruas da cidade, munido de um guia, de uma proposta terapêutica no ato e no movimento do corpo que interage no âmbito social.

“Acompanhamento terapêutico: prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.” (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991, p. 30)

A noção de **movimento** que emerge da própria intervenção terapêutica no AT se inscreve pela própria prática das “*saídas pela cidade*”. Movimento esse que procura desinstalar o indivíduo de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição. Contudo, esse movimento não aparece de forma aleatória. Embora possam ser vivenciadas cenas sem prévio planejamento, há a importância de um ‘*guia*’, de uma proposta terapêutica, que procura articular o paciente em seu espaço social. A reinvenção se faz presente a partir da própria condição do ‘*louco*’.

No presente trabalho, a prática clínica do AT terá como guia o resgate da auto-regulação no social do sujeito em dificuldade, fundamentado teoricamente na psicoterapia corporal neo-reichiana. Nessa perspectiva, cada um de nós tem características pessoais adquiridas ao longo de sua história de vida, na qual as atitudes “naturais” são “espontaneamente sociais” na medida que contribuem na busca da qualidade de vida, ou seja, a busca do re-encontro com o seu processo vital.

O importante é aquilo que possa ser alcançado pelo sujeito, em vista do que é definido como construtivo e positivo para si. Isso conseqüentemente, repercute nos que com ele se relacionam. O resgate da auto-regulação no social, então, pode ser associado à idéia de reinvenção, um meio de se re-fazer, re-construir e re-elaborar o cotidiano do sujeito em crise, com tudo o que lhe pertença como características e limitações pessoais.

O termo auto-regulação é originário da biologia e é empregado como denominação do equilíbrio homeostático corporal, ou seja, a homeostase que é designada por “...reações fisiológicas coordenadas que mantêm a maioria dos equilíbrios dinâmicos do corpo...[são] complexas e peculiares aos organismos vivos...” (DANDOUN, 1991, p. 34).

Na sua construção teórica do conceito de auto-regulação, REICH (1981) assim se refere, de maneira crítica, à realidade social:

“Faz parte das atitudes naturais o ser espontaneamente social; e o ideal não é exatamente obrigar o sujeito a ser social pela supressão de impulsos criminosos. É óbvio para todos que é melhor e mais sã não ter um impulso de violação, logo de início, do que ter de inibi-lo moralmente... minha afirmação de que a auto-regulagem é possível, está ao alcance da mão, e é universalmente exequível.”(p.162)

Quando tomamos o termo “regulação”, nós o entendemos como um conjunto coordenado por mecanismos internos, utilizando espontaneamente energias específicas de todo organismo, conforme afirma DANDOUN (1991), em seu estudo sobre as idéias de Reich, justificando a origem da concepção biológica. Ou seja, a auto-regulação funciona em vários níveis

“...tanto no equilíbrio de massa ou macroscópicos, como altura e o peso do corpo, as proporções dos diferentes tecidos, a ‘estabilidade’ do meio interno etc, como nos parâmetros mais finos e frágeis, quase infinitesimais, como a gama inumerável dos metabolismos (cálcio, potássio, magnésio etc) ou as indispensáveis intervenções hormonais, vitamínicas, enzimáticas etc.)” (DANDOUN, 1991, p. 34)

O trabalho em AT se dá no micro-espço da relação acompanhante/acompanhado; juntos, estarão explorando territórios “macroscópicos” como os da rua, ou o meio originário do cliente, em sua dinâmica e “metabolismo” circunscritos em sua realidade de vida.

Vejo o trabalho de Acompanhamento Terapêutico uma prática que em si já se constitui investida no corpo do sujeito, portanto corporal, impressa na marca dos movimentos do corpo já no próprio ato de acompanhar. Acompanhar o corpo do sujeito com dificuldades inscritas e repercutidas no social, e que possa estar interferindo na sua relação com outras pessoas, porquanto esteja comprometida sua regulação individual.

DANDOUN (1991) refere que o princípio de auto-regulação é uma presença concreta, original e eficaz e, na sua construção teórica, REICH (1981)

“...descobre no indivíduo uma capacidade maior para autonomia, para realização de equilíbrios dinâmicos, flexíveis, uma melhor regulação – auto-regulação – de sua existência: no trabalho, no amor, nas relações com os outros; tudo acontece como se o afrouxamento da ‘couraça caracterial’ liberasse uma espécie de competência espontânea, uma aptidão para autodeterminar-se, aniquilada, atrofiada ou neutralizada pela influência das instituições sociais e dos modelos culturais.” (p. 35)

E ainda continua: *“Reich vem formular nestes termos o objetivo terapêutico: retirar a energia das inibições morais e substituí-las pela auto-regulação libidinal.”* (DANDOUN, 1991, p. 35)

Nesse sentido, vejo que o trabalho em AT pode ter aqui uma possibilidade de atuação na direção desse objetivo terapêutico. Considero que, nessa prática clínica, o campo original de atuação profissional se dá, predominantemente, no contato direto com o indivíduo no social, lugar em que ele é considerado “louco” e, portanto, se encontra tolhido de seus direitos de cidadão. Sendo assim, é um indivíduo confinado, excluído ou reprimido em sua auto-expressão por “inibições morais”. *“A auto-expressão é a manifestação da existência individual.”* (LOWEN, 1984, p. 91)

Dessa maneira, o objetivo terapêutico em favor do resgate social poderá ser conduzido na guia de uma intervenção que favoreça a busca pelo movimento pessoal, que foi inibido e tolhido de sua circulação no social. Nas saídas dos espaços consagrados à assistência psiquiátrica e nas perambulações pelas ruas acompanhante/acompanhado estarão explicitamente apresentando a individualidade de uma relação, na qual se explicita o sujeito em sua diferença e sua dificuldade.

O importante é que nesse processo de estar junto, seja materializada a busca pelo processo vital, ou seja, o resgate da auto-regulação libidinal, que possibilita a autonomia individual na interação social com os outros indivíduos, de maneira natural e histórica (REICH, 1981).

O contexto histórico no AT será o próprio espaço do cliente e as circunstâncias em que foi instalada sua dificuldade. Sua família constitui parte integrante desse processo, bem como sua forma de se relacionar com ela. Tudo isso associado ao contexto mais amplo da situação histórica circundante, que envolve seu bairro, sua cidade, estado e país.

A prática do AT, na medida em que transcorre exteriormente ao consultório/instituição, pode ser realizada em casa, na rua, cinema, *shopping*, escola, trabalho, ou outro local que a comunidade possa oferecer. O fundamento é estar em constante conexão com o âmbito social, com os aspectos culturais e simbólicos nos quais o sujeito está inserido ou convive cotidianamente, procurando resgatá-lo em sua inteireza humana,



desenvolvendo aspectos sadios potenciais existentes no indivíduo, apesar de sua crise.

O caminho teórico aponta para uma discussão sobre um movimento inverso ao da **exclusão**, ou seja, o da **inclusão**. Olho, dessa maneira, para a pessoa em dificuldade. Considero nesse caminho os inúmeros percalços pelos quais sejam necessários enfrentamentos durante o processo de saúde/doença do sujeito. Daí o at, dentro da relação terapêutica com o cliente, poder contribuir na promoção de movimentos 'inclusivos' dentro da realidade circunstancial do indivíduo em dificuldade.

FOUCAULT(1993) refere-se à loucura como o “mundo da exclusão”. Comenta sobre meados do século XVII, época em que os “desviados” são banidos do convívio social, caracterizando esses excluídos como aqueles indivíduos que não estavam apropriadamente preparados para a nova ordem social que começava a se instaurar - o início da industrialização.

Nesse aspecto, a relação do homem com o trabalho começa a sofrer profundas mudanças. Os artesãos acabam por submeterem-se às fábricas e, com a divisão do trabalho em várias etapas, acaba-se por perder-se a noção do todo na produção de bens e riquezas da humanidade. Há uma relação entre enlouquecimento e a perda da noção do todo. Dentro do processo de psicotização, o indivíduo pode se encontrar “partido” em sua personalidade e seus afetos. A palavra “esquizofrenia” remete a essa cisão (mente dividida).

A loucura, no final do século XVIII, ganha o *status* de doença e a ciência ocupa-se de estudá-la, dissecá-la, esquadrinhá-la. Para tanto, era necessário que todos os considerados perturbados da razão ficassem em um só lugar, para serem facilmente estudados, a fim de se obter uma conduta comum às diversas classificações que foram estabelecidas. Tratava-se de conhecer a loucura para dominá-la. Nessa época, o conhecimento da loucura se concentrava nas mãos do saber médico, ou seja, dos médicos, considerados como autoridades, dotados de saber científico. Os loucos foram então, enclausurados em um estabelecimento passível de controle e 'cura'. Essa é a configuração da história da exclusão e dos asilos (FOUCAULT, 1993), que deu origem ao modelo assistencial asilar e hospitalocêntrico.

O Acompanhamento Terapêutico pode ser considerado como uma prática anti-segregação, em que se tenta minimizar os efeitos da estigmatização das

pessoas em dificuldade pela própria forma de intervenção. Nesse contexto, essa prática busca propiciar uma maior autonomia para que os clientes possam conviver e se desenvolverem como sujeitos criativos no seu próprio meio social e urbano, apesar dos limites e dificuldades individuais – o resgate de sua autorregulação no social.

A necessidade de estruturas externas ao manicômio, para que se possa acompanhar o doente em sua nova relação com o social, converge com o processo da Reforma da Psiquiatria Democrática, com suas bases históricas assentadas na Itália. Com a desmontagem dos manicômios, foram eliminados os meios de contenção física. Os portões foram abertos, modificando-se também as relações de poder entre os trabalhadores (e entre estes e os clientes). É importante lembrar esses aspectos, na medida em que, procurando o restabelecimento da relação do paciente com seu corpo e com a palavra, produzem-se novas relações e interlocuções possíveis. As mudanças instauradas procuraram restituir os direitos civis, reativando uma base de crédito para que o paciente possa aceder ao intercâmbio social (ROTELLI, 1990).

Na literatura e na prática em Acompanhamento Terapêutico, algumas diretrizes apontam para o suporte à clientela, que, em estados especiais ou em situações agudas, necessita lidar com suas dificuldades no meio social. São elas: prevenir a cronificação e institucionalização, e buscar o resgate da cidadania e a não-alienação social; permitir a inserção do sujeito na coletividade, preservando suas diferenças individuais e potencialidades; propiciar momentos e espaços nos quais a pessoa possa realizar-se como sujeito ativo em seu meio social. O terapêutico seria “fazer-se cargo”, segundo ROTELLI (1990), de uma pessoa num espaço novo de vida, sem, no entanto, submeter o paciente a objetivos preestabelecidos.

O processo da psiquiatria democrática italiana nos oferece de imediato uma representação bastante aproximada do lugar do at, pois acompanhando o cliente cotidianamente na trajetória de atendimentos, colabora na reinvenção do modo como o sujeito se relaciona no seu contexto social e familiar, os vários papéis utilizados, ou mesmo na criação de novos papéis que possam ampliar seu repertório para enfrentar as adversidades da vida. Os recursos próprios do meio urbano compõem o quadro da recriação de um projeto de saúde

específico para cada caso. A ênfase é posta na pessoa e no resgate de sua cidadania.

### **C) Trajetória histórica do Acompanhamento Terapêutico**

O trabalho de Acompanhamento Terapêutico, enquanto uma função específica, surgiu na Argentina, na década de 70. MAUER & RESNIZKY (1987), no livro *Acompanhamento Terapêutico e pacientes psicóticos*, descrevem sua experiência no tratamento de pacientes psicóticos, desde 1971, em terapias de abordagem múltipla. Essa experiência começou no CETAMP (*Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria*), dirigido por Fabrício Kalina, em Buenos Aires, Argentina.

Nessa experiência, o acompanhante terapêutico integra essa equipe de abordagem múltipla. A idéia é abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, em que o at participe ativamente de diversos grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-se com diretores de escolas quando fosse oportuno. A equipe era formada por: terapeuta encarregado pela abordagem familiar; administrador psiquiátrico, que coordena a tarefa médica, se necessário; terapeuta individual; terapeuta familiar; um ou mais acompanhantes terapêuticos. Podem ser incluídos professores especializados, quando o paciente já estiver em condições de responder às proposta terapêuticas que lhe forem formuladas. Essa abordagem é indicada para pacientes graves com tendência a interromper o tratamento.

O trabalho prático do acompanhante terapêutico é assistencial, surgido da necessidade clínica voltada para pacientes para os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam. O papel do acompanhante terapêutico teve muita difusão no âmbito privado, sendo recente a colocação deles na rede pública argentina. Contudo, no setor público eles acabam sendo sobrecarregados de tarefas.

A Clínica de Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, foi a primeira instituição a se utilizar da função do “auxiliar psiquiátrico” (futuro acompanhante terapêutico) para atendimento de pacientes diagnosticados como psicóticos. Funcionou

desde 1969 até 1976 (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

Os pacientes tanto poderiam estar internados em hospital integral, como em esquema de semi-internação (hospital-dia). A equipe de “auxiliares psiquiátricos” era formada por estudantes de psicologia e medicina, ou pessoas interessadas em se profissionalizarem. Eram preparados por curso e estágio de 24 meses na própria clínica. Ofereciam assistência permanente, ou seja, 24 horas por dia. Essa concepção foi trazida pela Dra. Carmem Dametto, da Clínica Pinel de Porto Alegre, cidade onde se fixou, vinda da Argentina.

A fundamentação da atividade do auxiliar psiquiátrico partia do princípio de que uma pessoa psicicamente enferma, em sofrimento agudo, teria a necessidade, para se restabelecer, de uma atenção intensiva e personalizada, tecnicamente preparada, exercida coletivamente por uma equipe. Esse tipo de atendimento complementar, então, os cuidados físicos, a utilização da farmacoterapia e os elementos tradicionais de enfermagem psiquiátrica, através de um acompanhamento criterioso dos pacientes, em que a relação afetiva interpessoal, nesse modelo de atendimento, assumia uma importância capital. Daí, porque o auxiliar psiquiátrico oferecia mais do que sua tradicional função baseada no tripé: proteção-vigilância-contenção, que caracterizava as instituições psiquiátricas clássicas.

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico a que se está referindo é aquele originário dos chamados “auxiliares psiquiátricos”, que se constituíram enquanto uma figura terapêutica que, em linhas gerais, consistia em “estar junto” com os pacientes durante o dia-a-dia de uma clínica psiquiátrica, visando constituir um “meio social terapêutico”, de acordo com o tipo de prática característico das chamadas “comunidades terapêuticas” (REIS NETO, 1995).

Um dos primeiros relatos do que se denomina hoje de Acompanhamento Terapêutico corresponde ao trabalho realizado por uma enfermeira psiquiátrica, na Suíça, em 1937. Ela foi treinada por uma psicanalista, para prestar assistência a uma de suas pacientes, que necessitava de uma intervenção em seu ambiente original. Impedida de acompanhar a paciente em casa, além de ter percebido as insuficiências da psicanálise para aquele caso, a psicanalista suíça, baseada na técnica de “realização simbólica”, treinou a enfermeira. Assim, a paciente foi acompanhada diariamente, ao lado da

continuidade do trabalho psicanalítico. Após vários anos, a paciente conseguiu conquistar uma vida reintegrada na sociedade (ANTONUCCI, 1994).

O acompanhante terapêutico era inicialmente chamado de “amigo qualificado”, sendo posteriormente substituído pelo termo atual dada a tarefa de cunho terapêutico. Embora em alguns aspectos parecesse amigo, o acompanhante tem uma relação de assimetria, do ponto de vista vincular, ou seja, não poderá estabelecer laços afetivos fortes, de natureza pessoal com o paciente, visto que sua relação tem uma função terapêutica.

O tempo que se despende ao lado do paciente tem uma estipulação específica e não pode ficar em favor da vontade pessoal dos participantes dessa relação. Além disso, o acompanhante terapêutico é remunerado, porque realiza um trabalho como profissional, executa uma tarefa assistencial e faz parte de uma equipe psicoterapêutica. A mudança de nome foi um fator muito importante, que permitiu um melhor enquadramento do papel com relação a seus alcances e seus limites (MAUER & RESNIZKY, 1987; ANTONUCCI, 1994).

O vínculo deve então deve ser estabelecido nas bases do tratamento necessário ao paciente. Colocar-se como “amigo” frente ao paciente, inicialmente poderia “facilitar” a aproximação do acompanhante, contudo, dá lugar a um vínculo ilusório, com alto grau de ambigüidade, que a curto ou a longo prazo afeta o trabalho terapêutico.

A experiência argentina, para MAUER & RESNIZKY (1987), permite uma sistematização das diversas funções do acompanhante terapêutico: 1) conter o paciente; 2) oferecer-se como modelo de identificação; 3) emprestar o ego; 4) perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; 5) informar sobre o mundo objetivo do paciente; 6) representar o terapeuta (ajudar o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta); 7) atuar como agente ressocializador; 8) servir como catalisador das relações familiares.

Também são descritas as condições para ser um acompanhante terapêutico: pode ser homem ou mulher, com interesse e possibilidade para trabalhar em equipe, vocação assistencial, maturidade para compartilhar e planificar a tarefa em uma equipe interdisciplinar, autonomia e sentido de oportunidade para assistir a pacientes graves, com os quais sejam necessárias decisões rápidas, precisas e talvez inesperadas; capacidade de empatia,

flexibilidade, sem perder de vista o enquadre do trabalho terapêutico; capacidade de estabelecer limites firmes, não rígidos, permitindo um amplo movimento entre posições extremas; possibilidade de compreender o paciente com o menor número possível de estereótipos e preconceitos, capacidade de incluir-se no mundo do paciente, sem medo de escutá-lo, sem emitir juízos de valor, sem oferecer interpretações; situar-se a uma distância prudente para poder pensar com autonomia, buscar possibilidade de dialogar com o paciente, mantendo, ao mesmo tempo, uma dissociação instrumental (MAUER & RESNIZKY, 1987).

As autoras também mencionam os critérios utilizados para selecionar acompanhantes. São realizadas entrevistas exaustivas de admissão, a fim de avaliar suas condições para desempenhar a tarefa de forma estável e adequada, protegendo o paciente de vínculos frustrantes. As contra-indicações baseiam-se no momento que o candidato esteja passando em sua vida pessoal, ou seja, se em estado crítico, é prudente se evitar assumir essa tarefa.

A evolução do vínculo entre acompanhante terapêutico e paciente passa, segundo essas autoras, por períodos fundamentais: 1) o início da relação, em que se fazem presentes sentimentos de suspeita ou uma transferência maciça; 2) maior aceitação do vínculo; 3) consolidação do vínculo: momento de alto compromisso terapêutico; 4) finalização do acompanhamento: separação e despedida.

Esse trabalho para fora das instituições representou uma mudança de natureza estrutural do atendimento, por diversas constatações: o auxiliar psiquiátrico se encontra frente ao cenário familiar, fazendo suas intervenções, e não participa efetivamente do elenco daquela família; passa a ser, ele próprio, a instituição, pois acompanha sozinho um paciente, fora dos limites de uma instituição. Por esse motivo emerge uma crítica aqui apontada de que o auxiliar leva consigo, por ser originário de uma instituição, o esquema proteção-vigilância-contenção, considerando que a 'patologia intrapsíquica' é causadora de tudo. Contudo, não teria como suportar esse tripé, pois que estava fora dos muros hospitalares e, portanto, mais exposto aos riscos;. por meio dessa disposição a essa nova forma de atender, o acompanhamento se consolidou e é tratada como uma prática alternativa.

Olhando para o processo histórico-prático do acompanhamento, em seu caráter de atividade institucional, fora da instituição, o auxiliar era um misto de companheiro, confidente, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e às vezes superego auxiliar, ou seja, uma pessoa auxiliar capaz de suportar a fragmentação do indivíduo enfermo. O trabalho foi ganhando notoriedade crescente e essa maneira “extra-oficial” foi constatada como a que deixava marcas menos profundas nos que a viviam, na verdade, era uma proposta mais humanizante. Poucos eram estudantes de psicologia e medicina, a maioria era da área de humanas e todo o desenvolvimento do trabalho e a disputa acirrada no mercado de trabalho, na área psi, foram promovendo uma gradual qualificação do auxiliar psiquiátrico (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

Um grande impulsionamento para esse trabalho foram as discussões nos Estados Unidos, e pouco depois na Inglaterra, sobre terapia familiar, em que se fizeram sentir influências das pesquisas sobre famílias esquizofrênicas, de Ronald Laing. A partir daí, devido à concepção de que a loucura teria sua origem no contexto da dinâmica familiar, a leitura do acompanhamento ganhou nova dimensão.

A família passa a ser entendida como um sistema capaz de gerar, deflagrar e manter a loucura de um dos seus membros. O acompanhante passa a se munir de um arsenal teórico capaz de lhe propiciar entendimento que lhe garanta a ocupação de um novo espaço; deixa de ser acompanhante do louco e passa a ser acompanhante da loucura; deixa de olhar exclusivamente o louco e se reporta à família como um todo capaz de articular suas tramas que lhe possibilitem um equilíbrio de forças (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

A partir dessa visão inovadora, o acompanhante passa a desenvolver a “família terapêutica”, que vai interagir com a família do paciente. O trabalho de um terapeuta, imobilizado, que se utiliza de “auxiliares” como forma de estender sua vigilância sobre o acompanhado, passará a ser exercido e visto de uma outra forma, ou seja, por acompanhantes terapêuticos e terapeutas, em esforço coletivo de equipe. Isso permitirá uma sintonia entre terapeuta e equipe de acompanhantes com vistas a uma ação terapêutica integrada (REIS NETO, 1995).

Em todo trajeto histórico que pude construir até aqui, podemos apreender que os leigos e estudantes que exerciam a função de auxiliares psiquiátricos e, posteriormente, acompanhantes terapêuticos, passam a ser substituídos, quase que exclusivamente, por profissionais da saúde mental, tendo em vista a necessidade de qualificação profissional. A psicanálise, como saber predominantemente presente na prática do acompanhamento, tem uma importante contribuição na compreensão dinâmica da psicose e seu tratamento.

Discussões sobre o *setting* do acompanhamento, o modo como se dá a transferência, ou se a interpretação deve ou não ser utilizada, estão presentes no contínuo processo de construção de uma prática aberta a amplos referenciais teóricos para fundamentação de sua prática. Apesar dessa abertura, já está configurada como uma atividade clínica com especificidades, de tal sorte que cabem aos acompanhantes a tarefa de pensar e aperfeiçoar o trabalho, acolhendo contribuições de outras áreas do saber.

#### **D) - Acompanhamento Terapêutico: caracterização do estado da arte a partir de uma revisão sistemática da literatura**

A literatura sobre Acompanhamento Terapêutico é ainda bastante escassa pois se refere a uma prática em construção e que remete à utilização de diversos referenciais teóricos, bem como inúmeras possibilidades de experiências clínicas de aplicação.

O primeiro livro de que se tem referência sobre o assunto data do ano de 1987 e foi escrito por duas psicólogas argentinas. Susana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky escreveram *Acompanhamento Terapêutico e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. O livro aborda a clínica do acompanhamento terapêutico voltada para pacientes psicóticos, tecendo comentários sobre o conceito de psicose, discorrendo sobre aspectos da família do psicótico e tratando de questões sobre Acompanhamento Terapêutico e a esquizofrenia, depressão e suicídio, psicopatia e drogadição. As autoras abordam aspectos técnicos do trabalho do acompanhante terapêutico e enumeram critérios para o profissional que se propõe a exercer essa prática, os quais foram utilizados pelo serviço do qual fazem parte, onde



utilizam a terapia de abordagem múltipla. O local de realização do trabalho é o CETAMP: *Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria*, dirigido por Fabrício Kalina, na Argentina.

As autoras defendem a idéia de que essa abordagem terapêutica é um exercício de não-neutralidade e, portanto, quem trata deve lançar-se, mergulhar na experiência, enfim, jogar-se, expor-se, entrar em contato com a loucura e o louco. O enfermo mental grita forte o desvio de uma norma vigente e a exclusão agrava e cristaliza sintomas. O objetivo terapêutico então deverá então estar voltado para a desmistificação da figura de poder do médico, como o único a tratar e significar aquilo que o sujeito expressa com o seu sintoma.

Sobre o acompanhante terapêutico, as autoras acima referidas afirmam que sua missão teve origem em uma psiquiatria dinâmica com sua concepção oposta à clássica, a qual confina e afasta o louco da família e da comunidade. O acompanhante terapêutico seria o agente de saúde que busca restituir a possibilidade de diálogo com o irracional. Pois, para a antipsiquiatria, todos temos núcleos neuróticos e psicóticos e o enclausuramento da psicose inviabiliza o reconhecimento do significado do sofrimento mental.

O objetivo terapêutico a ser alcançado refere-se a tratar de significar aquilo que o sujeito expressa com seu adoecer para que interaja de forma mais saudável em termos biopsicossociais. Os diagnósticos devem ser situacionais, ou seja, devem permitir avaliar a interação do paciente em diferentes contextos: seu grupo familiar e de amigos, seu local de trabalho, etc. A partir disso pode ser caracterizado o nível de retração social a que sua sintomatologia o conduz.

A Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, publicou dois livros sobre o assunto, resultados de dois Encontros de Acompanhantes Terapêuticos realizados em São Paulo e promovidos por essa mesma equipe. Tratam-se dos livros: *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* e *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*, editados em 1991 e 1997, respectivamente. Neles foram organizados os trabalhos apresentados nos Encontros, relativos às mesas principais dos eventos e os divulgados em temas livres.

No livro *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* inicialmente é apresentado um panorama histórico sobre como a loucura

percorreu os tempos. Desde a Grécia Antiga, em que a loucura ocupava um lugar de saber divino, até o século XIX, quando assume *status* psicológico, sendo a concepção do louco como um ser humano que está em conflito consigo mesmo e com seu próprio transtorno. A figura do médico psiquiatra emerge com uma função ambígua: ao mesmo tempo que vem tratar o doente, sendo assim como protetor da sociedade, investe contra este mesmo louco que tenta curar – punição e tratamento coexistem pacificamente e estão intrinsecamente ligadas (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

Assim, no século XX, o que entra em discussão são as condições desumanas de custódia e tratamento a que eram submetidos os internos de asilos psiquiátricos, apontando, então, para a ineficácia terapêutica do modelo asilar. Daí, o movimento antipsiquiátrico na década de 1950/1960, inclui na discussão sobre a loucura seus aspectos psíquicos, sociais e políticos, buscando romper a sinonímia cuidado-exclusão. Seguem-se as comunidades terapêuticas, na Inglaterra, Alemanha e EUA, a psiquiatria de setor e a análise institucional na França, que buscam novas formas de relação com a loucura, criando espaços de acolhimento concebidos como refúgio onde a verdade e o poder de contestação contidos no discurso do louco, poderiam ser reconhecidos. Na Itália, Franco Basaglia fará a crítica da lógica da exclusão, apontando com radicalidade que o enlouquecimento é um produto social e a abertura dos hospitais psiquiátricos aponta para a desconstrução de valores da cultura.

Pouco a pouco essas idéias chegam então no Brasil, na década de 60, em que essas idéias tomam corpo com a formação das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, partindo então para o início da prática em Acompanhamento Terapêutico como recurso terapêutico nessas comunidades.

Certos elementos são trazidos para a discussão da prática do Acompanhamento Terapêutico: o tratamento se apresenta como acolhimento, sendo marcante para um acompanhante terapêutico operar na produção de uma (re)colocação do sujeito em funcionamento sintonizado com a realidade urbana, encontrando espaços onde a cidade incorpora o que ele tem em sua subjetividade; a influência das ruas da cidade, oferecendo um guia que destaca

espaços e as formas experimentadas com sucesso no acompanhamento, ao se conectar o sujeito e sua organização psíquica à dinâmica social; a influência das ações, tendo em vista que as atividades que conectam o sujeito ao circuito social vão sendo exercidas em saídas, passeios pela cidade, preferencialmente fora dos lugares conhecidos dos roteiros habituais dos pacientes e petrificados do paciente, que diminuem suas possibilidades de concretizar articulações como sujeito atuante nos espaços urbanos. Desse modo, o sujeito irá exercitar sua potencialidade vital. O que se constrói no percurso do Acompanhamento Terapêutico parte, então, de elementos importantes relativos à: articulação no social, prevalência da ação-atividade nessa rede social cada vez mais ampla, todos constitutivos e próprios dessa prática (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

O livro em apreço também conta um pouco do percurso da Equipe do Hospital-Dia A Casa, e dá seguimento a relatos de trabalhos realizados por acompanhantes terapêuticos que participaram do Encontro, em que é visível a diversidade que caracteriza a aplicabilidade dessa prática. Uma marca dos trabalhos é o referencial psicanalítico a partir do qual os autores conduzem seu trabalho como acompanhantes terapêuticos.

REIS NETO (1995), em sua dissertação de mestrado, discorre sobre seu interesse em aprofundar o tema, em consequência de suas inquietações provenientes da prática clínica como acompanhante terapêutico no Rio de Janeiro. Este autor conceitua e considera o Acompanhamento Terapêutico como campo de intervenção, antes de ser uma determinada técnica, que pode ser e tem sido explorado em diferentes lugares e a partir de diferentes concepções teóricas e ideológicas.

Em seu trabalho, ele tece uma genealogia do Acompanhamento Terapêutico no Rio de Janeiro, a partir da figura dos auxiliares psiquiátricos vinda do Rio Grande do Sul até os acompanhantes terapêuticos atuais, fazendo um mapeamento histórico dessa prática desde o CETAMP (*Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria, na Argentina*) à Clínica de Vila Pinheiros, onde surgiram esses auxiliares na cidade do Rio de Janeiro. Percorrendo esse trajeto, ele levanta retrospectivamente os discursos associados à prática nos diversos momentos históricos e locais em que ela se instaurou em nossa realidade. Recorre a depoimentos orais dos agentes que

estiveram ou estão envolvidos, além de textos e documentos não publicados, que foram produzidos nesse período originário.

Os “auxiliares psiquiátricos”, a que ele se refere em seu trabalho, eram leigos ou estudantes de psicologia ou medicina, que acompanhavam pacientes dentro da clínica (Vila Pinheiros/RJ e Pinel/RS) e em saídas externas. Eles também eram solicitados por psiquiatras, que visavam criar condições para se evitar a internação de alguns pacientes. Mesmo após o fechamento da Clínica Vila Pinheiros, em 1976, os auxiliares continuaram a ser chamados pelos psiquiatras e então se realizava o acompanhamento em um novo contexto. Os acompanhantes estão cada vez mais informados do saber psicanalítico e orientados em sua vida profissional, para a prática psicanalítica em consultório.

O objeto de pesquisa do referido autor se constitui no mapeamento histórico e na problematização dos impasses que encontram os que exercem esse tipo de atividade – acompanhamento terapêutico – no Rio de Janeiro. A opção metodológica foi da análise histórica, em que nesse decorrer, entrou em questão os momentos da prática de acompanhar terapêuticamente.

Completados 20 anos de Acompanhamento Terapêutico no Rio de Janeiro, diz o autor que os que realizam essa prática não mais se denominam como auxiliares psiquiátricos e sim como acompanhantes terapêuticos, o que sinaliza para uma mudança no perfil e no lugar de desempenho desses profissionais. O acompanhante reivindica então o reconhecimento da dimensão clínica de sua atividade, a construção de um discurso próprio e o enfrentamento das contrariedades que provoca o não querer mais atender a demandas que eventualmente entrem em choque com o entendimento que eles têm de sua função.

O autor conclui afirmando que o acompanhamento terapêutico aparece vinculado a diferentes referenciais teóricos e ideológicos, que determinam por sua vez práticas distintas. Opina que não houve progresso científico, com uma suposta evolução do atendimento aos pacientes, decorrente de uma aproximação à verdade da doença mental. Entretanto, apontou em sua dissertação para o fato de que, em quaisquer contextos que foram analisados, está sempre presente a demanda de que o acompanhante ofereça uma escuta diferenciada ao paciente e com este procure estabelecer um vínculo afetivo. E

estes “instrumentos” serviriam a diferentes objetivos, segundo a articulação com as diferentes ideologias de trabalho.

SERENO (1996) em sua dissertação de mestrado, propõe pensar a prática do Acompanhamento Terapêutico no tratamento das psicoses, procurando articular alguns conceitos lacanianos. Refere que esse tipo de prática clínica aponta dificuldades do ponto de vista de formulações teóricas sobre o assunto. Reafirma a idéia de que não existe um saber único (“o” saber) sobre psicose e que uma possível teoria sobre Acompanhamento Terapêutico é uma construção, no sentido de montagem. Segundo essa autora, o campo dessa prática clínica é atravessado por vários saberes sobre psicose e sobre a própria clínica, que procuram articular o mundo do louco a esse “*louco mundo*”.

BARRETO (1997), em sua dissertação de mestrado, procura fazer um trabalho que busca refletir a prática do Acompanhamento Terapêutico, utilizando-se do referencial psicanalítico winnicottiano, que, segundo o autor, contribui bastante para o manejo clínico, intervindo no enquadre ou no cotidiano de um sujeito, visando possibilitar a simbolização de uma questão existencial e/ou o desenvolvimento de alguma função psíquica.

Enriquecendo as discussões, o autor se utiliza de exemplos clínicos de diversos acompanhamentos terapêuticos de outros psicanalistas e dele próprio, ilustrando e fazendo uma analogia ao romance de Cervantes, que narra a saga de Dom Quixote de la Mancha e de seu fiel escudeiro Sancho Pança.

Através da transposição de conceitos e de uma fundamentação teórica extraídas do referencial winnicottiano, BARRETO (1997) desenvolve alguns aspectos do desenvolvimento psíquico humano a partir das funções ambientais, que segundo sua visão, são necessárias para que uma subjetividade se constitua satisfatoriamente, enumerando conceitos como os de: “*holding*”, “continência”, “*handling*”, “apresentação do objeto”, “discriminação e interlocução especular” e de “modelo de identificação”, procurando abordá-los em uma perspectiva evolutiva, das mais básica até depois que o sujeito já trilhou todo o percurso de seu desenvolvimento.

Trata-se de uma dissertação que traz a marca da originalidade do autor na maneira como escreve e vai apresentando os resultados de sua abordagem na prática clínica do Acompanhamento Terapêutico. Foi posteriormente transformada em livro, publicado no ano de 1999.

Em EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (1997), temos uma outra bibliografia que traz elementos da prática em Acompanhamento Terapêutico como uma clínica *'implicada'*, em que já não mais se consegue uma delimitação precisa daquele que sofre e pede ajuda daquele que desenvolveu certos recursos para poder oferecer ajuda – acompanhado/acompanhante.

No livro, deparamos com vários comentários de que não existe uma abordagem única que dê conta da complexidade que é essa clínica na rua. Na implicação das subjetividades em jogo no encontro entre paciente-terapeuta são criados inúmeros campos terapêuticos, que se conformam lugares de encontros e elaborações do próprio processo terapêutico.

O livro é dividido em três partes: Poéticas; Topografia; Fronteiras. Em cada uma delas, através dos relatos de acompanhamentos, os autores procuram olhar por cenas, imagens em movimento, pelo caráter nômade da clínica, trazendo reflexões cheia de muitas cores e diferentes matizes necessários para se falar de uma mesma prática, na tentativa de se teorizar algo que se dá no empírico da situação terapêutica, configurada no processo de se estar acompanhante/acompanhado lado a lado nas ruas, em que acontece o que vem sendo chamado de “a clínica do espaço”.

Essa clínica é considerada como inquieta, que se deixa tocar pelos ecos de Freud, Lacan, Deleuze, Winnicott, Guatari e todos os outros que possam auxiliar a iluminar a produção de um desassossego, próprio às situações de criação, como diz Eliane Berger na apresentação do livro.

Realizando um levantamento bibliográfico sobre Acompanhamento Terapêutico pela Internet, consultando as bases de dados disponíveis nos sites: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) e [www.usp.br/sibi](http://www.usp.br/sibi), poucas referências foram encontradas sobre o assunto.

Mediante a palavra-chave *qualified friend*, desde o ano de 1977 até 2001, nada foi encontrado nas bases de dados Medline, Paho, AdSaúde e PsycINFO. Em Adolec, foi encontrada uma referência que, apesar da utilização da palavra-chave mencionada, dizia respeito ao trabalho com animais. Isso nos leva a pensar sobre a amplitude de horizontes do acompanhar terapeuticamente que, nesse caso específico, não versa sobre o acompanhamento de pessoas pela

clínica realizada nos espaços da cidade, como é o caso de nossa abordagem neste trabalho.

Outra palavra-chave utilizada na pesquisa foi *therapeutic escort*, nas bases de dados: Medline, Adolec, AdSaúde e PsycINFO, nos anos de 1977 a 2001, nada foi encontrado. Contudo, na base Lilacs foi encontrado um artigo, originário da revista *Infanto Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, ano de 1996. A autora, Paula Ayub em “*Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico*”, apresenta, mediante um levantamento histórico, a origem do trabalho de Acompanhamento Terapêutico e as transformações do papel do acompanhante terapêutico, através dos anos, também definindo alguns critérios de atuação profissional.

Esse artigo reafirma a origem do primeiro modelo em Acompanhamento Terapêutico proveniente das idéias da Antipsiquiatria, nas décadas de 50 e 60, em que o conceito de doença mental sofre uma modificação, que se refletem em uma tentativa de mudança nos dogmas de exclusão, isolamento e dor. Assim, com uma maior compreensão daquele que se encontrava atrás dos muros dos hospitais, surge o primeiro modelo de atuação do atual Acompanhamento Terapêutico. AYUB (1996) relembra, então, os moldes da Comunidade Terapêutica e a Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, em meados dos anos 60, em que a figura do agente psiquiátrico, intitulado Auxiliar Psiquiátrico, intermediário entre a clínica e o paciente, posteriormente daria origem ao Acompanhante Terapêutico atual.

O texto resgata, a partir de uma outra fonte bibliográfica (Antonucci, 1994), uma possível precursora deste tipo de atendimento. Uma psicanalista suíça que, em 1937, treinou uma enfermeira para cuidar de uma paciente esquizofrênica, conforme já descrito anteriormente, teria sido o primeiro registro de trabalho em Acompanhamento Terapêutico de que se tem notícia.

A autora ainda refere que a prática do auxiliar psiquiátrico [assim chamado no interior da Clínica Psiquiátrica de Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro] que atendia fora do espaço do hospital, abandona o tripé: Contenção-Proteção-Vigilância, interpretado, de maneira errônea, segundo ela, como uma ideologia da repressão da loucura. Ela, no entanto, não aprofunda esse comentário e mais adiante afirma que esses são termos norteadores do trabalho em Acompanhamento Terapêutico, uma vez que o “louco”, em sua

dificuldade de adaptação ao princípio de realidade, não estaria liberto, mas preso em seus delírios e alucinações, necessitando de alguém que auxilie sua libertação.

Sem deixar claro como o Auxiliar Psiquiátrico passa a ser o Acompanhante Terapêutico atual e qual seria a diferenciação processada historicamente, ela discute aspectos relevantes do trabalho em Acompanhamento Terapêutico relativos ao contato com a família, considerando-a como um núcleo receptor de mudanças, segundo concepção implementada nas décadas de 40 e 50 nos EUA e Europa, tornando-se, portanto, foco de atenção do terapeuta.

Daí registra que os primeiros passos do Acompanhamento Terapêutico junto ao paciente e dentro da residência deste voltava-se para diluir a gravidade da doença entre os membros da família e propor uma atuação ao paciente que, de alguma forma, contrariava o funcionamento familiar. A autora comenta ainda sobre tentativas de se buscar uma causa para as doenças mentais. Coloca em discussão o trabalho de Fabrício Kalina, na Argentina, que no tratamento da drogadição traz essa concepção de ser a adição um sintoma do sistema familiar. Aí já havia o trabalho do 'amigo qualificado', como era chamado, como um elemento incluso na equipe de atendimento. Mas, nessa atuação, o trabalho terapêutico tende à união indivíduo-doença, em que se intervém terapeuticamente com contenção-proteção-vigilância, com uma ação mais direta sobre o sujeito em dificuldade, no que a autora identifica como um modelo que ratifica os elementos norteadores do trabalho em AT.

A marca dos anos 80, segundo a autora, é no que se refere à estruturação da prática em Acompanhamento Terapêutico. Como uma "nova profissão" emergente, estabelecem-se certas normas do tipo: honorários, perspectivas tempo/espaço e habilidades pessoais para estabelecimento de um bom vínculo terapêutico. Hoje, essa prática não se restringe a indivíduos psicóticos, podendo ser aplicada a pessoas portadoras de deficiências, síndromes e distúrbios do desenvolvimento. O trabalho pode ser realizado na residência, objetivando a reorganização do espaço, dos interesses e das relações afetivo-familiares da pessoa em dificuldade. Ou ainda na rua, levando-se em conta o motivo de pedido do acompanhamento, o diagnóstico do paciente e sua situação dentro do quadro familiar.



Voltando agora à revisão bibliográfica que empreendemos, orientamos nossa pesquisa para outra palavra-chave: *therapeutic companion*, foi possível encontrar um certo número de artigos, inicialmente na base de dado: Medline: 10 artigos no período de 1966-1984, dos quais um foi selecionado e nove foram descartados por não dizerem respeito à temática específica sobre o tipo de acompanhamento terapêutico foco deste trabalho.

O trabalho selecionado refere-se a um artigo do *Journal of the American Psychoanalytic Association*, intitulado “*The oral deadlock: treatment of a psychotic child.*” Os autores, Bergman, Schwartzman, Sloate e Wilson (1983), descreveram o processo psicoterápico com um menino psicótico, empregando terapia conjunta com a mãe e criança em sessões de tratamento comum.

Essa criança estava sendo observada em um centro de tratamento universitário para crianças emocionalmente perturbadas. O plano de tratamento empregava três modalidades: 1) psicoterapia psicanaliticamente orientada que usa uma abordagem tripartite, mãe e criança vistos por um terapeuta em sessões de tratamento conjuntas; 2) uma pequena sala de aula terapêutica com um programa individualizado para cada criança; 3) sessões individuais com um acompanhante terapêutico.

Terapeuta, professor e acompanhante terapêutico trabalhavam juntos como uma equipe, planejando e coordenando a abordagem total do tratamento sob a supervisão de um analista infantil. Através da emergência do impasse oral surgido durante o tratamento, a equipe observou como esse impasse havia afetado cada situação de atendimento da criança.

Subsequentemente a uma intervenção com a mãe, surge um novo período no desenvolvimento da criança. Neste ponto, em particular, houve uma ajuda tanto para a mãe, quanto para a criança, que renuncia à simbiose crescente que, neste momento do desenvolvimento, teria se tornado sufocante para a criança, impedindo o seu crescimento. A criança estava em intenso conflito entre ficar dentro da órbita simbiótica ou ousar sair dela e acompanhar seus impulsos de autonomia e individualização.

No desenvolvimento normal, no processo de separação e individuação, a mãe dá um “gentil empurrão” no jovem inexperiente, o que demonstra sua confiança na capacidade dele para manter-se a uma distância física e psicológica dela. Se, esse movimento de estímulo à individuação não ocorrer, a

confiança da criança, em seu funcionamento independente, fica prejudicada. A mãe suficientemente boa, ao longo do processo de desenvolvimento normal, sabe empaticamente quando é chegada a hora de dar o “empurrão gentil”.

No tratamento de pares psicóticos, mãe-criança, a equipe terapêutica torna-se a mãe suficiente e compreende em que ponto deve ser dado o empurrão gentil para facilitar o crescimento.

O plano de tratamento tripartite, apresentado pelo artigo, propõe tentar recriar um laço simbiótico mais saudável entre mãe e filho e criar um ambiente facilitador a partir do qual a individuação pode ocorrer. A equipe terapêutica está envolvida na relação entre mãe e filho em vários sentidos. O terapeuta tenta compreender e interpretar a dinâmica da interação entre mãe e filho e os conflitos intrapsíquicos de cada um.

Já o acompanhante terapêutico observa as interações da criança no âmbito do mundo externo. O professor observa a criança no cenário em que ela tem que enfrentar as demandas específicas impostas por estar com outras pessoas do grupo. A intervenção compreendia uma interpretação dirigida às necessidades da criança e à sua capacidade de ser mais autônoma, assim como a capacidade da mãe de permitir isto. Para ambos, essas capacidades haviam sido desenvolvidas no processo terapêutico até este momento. A interpretação promoveu o resgate de memórias e formulação de mais associações quando a mãe referiu-se à sua própria infância.

O problema em particular, enfrentado durante o período de tratamento discutido no artigo, girou em torno dos controles rígidos que a mãe exercia em muitas áreas da vida da criança e à obediência cega da criança a eles. Emergiu, então, uma situação que foi compreendida como um impasse oral. Comportamentos em torno da alimentação tornaram-se o paradigma para tentativa de manutenção da situação continuada no vínculo entre mãe e filho, assim como uma expressão metafórica das suas dificuldades mútuas no processo de individuação. A mãe construiu regras sobre a alimentação que a criança deveria carregar com ela em todos os aspectos de sua vida. Essas regras eram extraordinariamente severas e surpreendentemente obedecidas pelo menino, que, de outra forma, se apresentava como rebelde e provocador.

A necessidade de controle aumentada da mãe e a obediência masoquista da criança foram vistas como uma tentativa de ambas as partes para manterem a qualidade parasitária da relação.

O acompanhante terapêutico, que regularmente fazia visitas domiciliares e passava muito tempo tanto em casa como “no mundo” com a criança, encontrava-se em posição singular para observar os comportamentos alimentares, com ou sem a presença da mãe.

Foi com o acompanhante terapêutico que a criança primeiro se sentiu suficientemente livre para comer os alimentos não aprovados pela mãe, uma relação que representava liberdade no impasse oral.

A presença do acompanhante terapêutico no lar, durante o tratamento, foi significada como aquela que apoiou os esforços da mãe de permitir que o menino se individualizasse. Foi reconhecido que, dada a natureza da patologia, foi extremamente difícil para a mãe apreciar as qualidades fálicas emergentes de seu filho. O acompanhante alinhou-se com a luta da criança dirigidas para o mundo das pessoas reais e das coisas reais. Enquanto indicava à mãe a necessidade de respeito à novas necessidades psicológicas da criança, o acompanhante convidava-a para identificar e participar da alegria de seu filho.

Segundo os autores, os fatores que contribuíram para os resultados bem sucedidos da intervenção foram as mudanças estruturais internas “*in statu nascendi*” dentro do menino. Durante o impasse oral, e subseqüentemente às intervenções, foi observado que ele estava se afastando de uma relação simbiótica prolongada com a mãe, quando os determinantes mais claramente edipianos emergiam em todas as três modalidades de tratamento.

Ainda na consulta à base Medline, desta vez no período de 1985-1990, foram encontrados 15 artigos; de 1991-1995, 19 artigos, de 1996-2000, 23 artigos e no ano de 2001, 3 artigos. Apesar dessa quantidade significativa de trabalhos, nenhum deles foram selecionados por não dizerem respeito à essa temática específica sobre a qual estamos tratando neste trabalho.

Em consulta a outra base de dados, Lilacs, ainda com a palavra-chave *therapeutic companion*, foram encontrados duas referências sendo 1 artigo de revista científica e um capítulo do livro *Psiquiatria da infância e da adolescência*, organizado por Francisco B. Assumpção Junior, intitulado “*Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico.*” de autoria de

Humberto Antonucci, escrito em 1994. Este trabalho também foi encontrado na base de dados Adolec. No AdSaúde, nada foi encontrado.

O primeiro relato de atendimento em Acompanhamento Terapêutico, como também assinalado por trabalhos anteriores, é referenciado por ANTONUCCI (1994) à obra de Sechehaye, que em 1984<sup>1</sup>, escreveu sobre o caso que uma psicanalista suíça atendia em consultório e que, por motivos que a impediam de acompanhar pessoalmente a paciente no ambiente extra-consultório, necessitou treinar uma enfermeira para atender a paciente em casa. Tratava-se de uma esquizofrênica e o atendimento aconteceu em 1937. O que ficou marcado através desse atendimento, já naquela época, foi que, com o trabalho em conjunto da psicanalista e da enfermeira, após vários anos de tratamento a paciente voltou a ter uma vida normal.

O conceito de ressocialização é trazido por ANTONUCCI (1994), quando tece seus comentários sobre a psicose na criança e no adulto, afirmando que há aspectos da personalidade que devem ser reconstituídos ou recuperados dentro da desorganização psíquica em que se encontra o indivíduo. Nesse sentido, há uma ênfase atribuída ao efeito do Acompanhamento Terapêutico realizado com crianças psicóticas tendo em vista o processo socializador, organizador e estruturante da personalidade que se dá através desse tipo de intervenção.

Assim, o autor coloca que muitas vezes a conduta do acompanhante terapêutico lança mão não só de condutas terapêuticas, como também de condutas pedagógicas. Ele diferencia essas duas condutas, referenciando-se em Freud, colocando que a terapêutica tem como consequência a transformação do funcionamento mental (mundo interno), ao passo que na conduta pedagógica a finalidade é o ensino de condutas mais adaptadas ao contexto social e cultural (mundo externo).

A importância do conhecimento teórico no trabalho em Acompanhamento Terapêutico é levantada pelo autor quando discorre sobre o referencial teórico utilizado pelos acompanhantes terapêuticos e também após introduzir a necessidade de se ter um conhecimento teórico sobre as funções do ego para

---

<sup>1</sup> Essa referência é do autor Humberto Antonucci e não foi conseguido ser encontrado originariamente.

colocação de limites e organização de atividades, a fim de se colocar restrições na franca repressão das pulsões instintivas presentes em distúrbios psicóticos.

Dentro desse referencial, o autor sustenta que o foco da intervenção consiste em estabelecer, de maneira simultânea entre paciente e terapeuta, o simbólico e a relação de satisfação, tomando como modelo o vínculo estabelecido entre a mãe e o seu bebê. Já uma outra técnica referida por ele seria a de maternagem, em que devem ser estabelecidos rotinas e limites firmes, mas não rígidos, respeitando-se as dificuldades e as potencialidades de cada paciente, a partir de uma avaliação do estado emocional em que ele se encontra. Assim, a partir desses do estabelecimento desses limites claros e das rotinas, apontam-se as primeiras identificações e aí é se espera que a criança comece ou volte a adquirir seus contornos com a experiência de integração.

Dessa maneira, o autor segue comentando as características do papel do acompanhante terapêutico: fornecer cuidados básicos; sugerir condutas alternativas; colocar limites; estimular atitudes e relações sociais saudáveis; organizar atividades que diminuam a possibilidade de os sintomas ocorrerem; nomear emoções do paciente e as suas próprias; funcionar como modelo de identificação; oferecer parâmetros da realidade compartilhada; conter o sofrimento psíquico do paciente.

Nesse instante ele comenta sobre a capacidade que o acompanhante terapêutico deve ter de conter o sofrimento psíquico dentro de si e devolvê-lo ao paciente como algo mais elaborado e, portanto, mais suportável. Daí a importância de se estabelecer uma sintonia fina com o paciente e perceber a intensidade de seu sofrimento, e assim colocar-se em posição receptiva para tais sentimentos, para então metabolizá-los e devolvê-los digeridos. Todas essas funções fazem parte, portanto, de um processo dinâmico vivido no atendimento.

ANTONUCCI (1994) encerra suas reflexões comentando a respeito de observações de que ao longo da constituição dessa prática em Acompanhamento Terapêutico que vem sendo construída, foram percebidas certas características ou atributos necessários para o profissional que se coloca no desempenho e preparo desse papel. Assim, é necessário a presença de um ego forte para tolerância das angústias. Além disso, a criatividade,

sensibilidade e uma boa capacidade de contenção do sofrimento psíquico antes de devolvê-lo para que possa ser digerido pelo paciente, são também condições primordiais que um acompanhante terapêutico deve desenvolver. Além dessas, uma disposição afetiva é de extrema importância, tendo em vista que a capacidade técnica pode ser adquirida, enquanto que a disposição afetiva precisa já estar presente na pessoa que se propõe a trabalhar como acompanhante terapêutico.

Essa última característica possibilita o estabelecimento de um forte vínculo terapêutico, através do qual podem ser impressas experiências com significados simbólicos importantes, que contribuem para fortalecer as tentativas de reestruturação ou estruturação da identidade do paciente. O vínculo então deve ser estabelecido com a parte mais sadia ou mais desenvolvida da personalidade do paciente em que uma aliança terapêutica irá funcionar como linha de base para o desenvolvimento da relação de ambos – terapeuta e cliente.

Um elemento importante referido pelo autor diz respeito à necessidade do acompanhante terapêutico estar em psicoterapia individual, bem como ter seu trabalho avaliado e acompanhado por supervisores. Ele reafirma a importância do respaldo técnico do trabalho em Acompanhamento Terapêutico, lembrando que ele pode minimizar os efeitos de uma grave perturbação psíquica, possibilitando o surgimento de estruturas egóicas mais integradas.

O outro artigo selecionado é uma publicação do ano de 1984, da autoria de Beatriz Dorfman Lerner, intitulada *“Nuevo modo de investigar en psiquiatria: el acompañamiento terapéutico.”*. Este artigo foi publicado na Argentina, pela *Acta Psiquiatria e Psicología da América Latina*.

Esse trabalho traça o perfil do acompanhante terapêutico como um profissional que, sem ser necessariamente psicólogo, recebe uma educação e instrução adequada para cooperar com uma equipe terapêutica, assumindo uma posição complementar a de uma “terapeuta de cabeceira”, termo utilizado pela autora. Sua função é cumprir consignas indicadas por esse terapeuta de cabeceira. Daí o seu trabalho ter em sua maior parte, a função de conter a ansiedade e dar respostas apropriadas às condutas sintomáticas do paciente.

O acompanhante terapêutico, afirma, é uma pessoa que, além de ter recebido uma instrução especial acerca da psicopatologia de seus pacientes,

precisa ter um ego forte para tolerar a ansiedade, a frustração e o assédio que ameaça sua integridade física, ao qual se expõe ao entrar em contato com pessoas ansiosas, nas quais lhes falta a discriminação de seus limites, controles e impulsos. Dessa maneira se faz necessário uma forte vocação para maternagem, juntamente com uma saudável curiosidade e capacidade lúdica. Assim, o exercício dessa função requer uma pessoa com alta capacidade de empatia, tato e intuição.

Ao examinar o vínculo acompanhante terapêutico-terapeuta de cabeceira, a autora assinala que o acompanhante terapêutico põe em marcha seu potencial papel de recurso terapêutico na investigação em psiquiatria. Isso devido a sua imersão na vida cotidiana do paciente, possibilitando um maior contato com as manifestações características da crise que o paciente sofre, o que irá contribuir para a formulação de consignas mais apropriadas colocadas pelo terapeuta de cabeceira, favorecendo a superação da crise.

Salienta que nessa relação estão presentes aspectos competitivos entre at e terapeuta, em que este último poderá se impor por seus conhecimentos teóricos e o at sentir-se vigiado, julgado e criticado em seu trabalho, sentimentos que podem ser agravados quando faltam recursos criativos ou insuficiente formação, ou ainda por falta de consignas claras para seu trabalho. Como o instrumento de interpretação não pode ser utilizado pelo at, segundo a autora, é aconselhável que o psicólogo exercite essa prática somente como última possibilidade de trabalho. Considerando que o artigo foi escrito em 1984, penso que essa questão já foi modificada nesse aspecto.

A autora afirma que não é possível conceber o trabalho do acompanhante terapêutico sem um terapeuta responsável (chamado por ela de terapeuta de cabeceira). Além disso, enumera três motivos principais pelos quais o at não pode atuar a “céu aberto”, como ela chama o trabalho externo à casa ou instituição: 1) por maior que seja a experiência, o acompanhante terapêutico não conhece a fundo, em termos teóricos, os processos psicodinâmicos do paciente; 2) em virtude desse mesmo desconhecimento, não terá orientação adequada para o desempenho, uma vez que não tem as consignas claras e precisas do terapeuta de cabeceira e que somente este pode proporcionar; 3) a relação at-paciente não pode se revestir dos matizes que só o vínculo

terapeuta-cliente tem: aspectos de autoridade, ou de referência de máxima responsabilidade do terapeuta.

A autora defende o ponto de vista de que a indicação para Acompanhamento Terapêutico deve originar-se do psiquiatra ou psicanalista, sem contudo impedir que a família muitas vezes tome essa iniciativa (em assim sendo, o acompanhante terapêutico deverá induzir imediatamente o paciente para psicoterapia e solicitar uma supervisão de seu trabalho). Chamo a atenção que somente nesse momento parece que a autora considera a importância da supervisão para o trabalho como acompanhante terapêutico.

Indica ela, que a maior eficácia dessa prática está na diminuição do tempo de internação e dos custos conseqüentes, sugerindo, por isso, algumas das razões que se tem recomendado o trabalho de Acompanhamento Terapêutico.

Fazendo referência ao primeiro atendimento prestado em Acompanhamento Terapêutico realizado por uma enfermeira, treinada por uma psicanalista da paciente, acontecimento ocorrido na Suíça, há mais de 50 anos atrás e conforme já apresentado em texto anterior, a autora também relaciona a origem dessa prática ao começo do homem como espécie. Quando o homem saía a caçar e as mulheres permaneciam nas cavernas, para cuidarem de seus filhos, tanto eles como elas estavam rodeados por pessoas que auxiliavam na tarefa desses cuidados, seja intra ou extra-muros (das cavernas), que resultavam em “acompanhantes” nas atividades, pessoas que assim opinavam, confortavam, acalmavam e serviam de modelos de identificação em momentos de confusão, ansiedade e desorientação.

O trabalho de Beatriz D. Lerner, que acabamos de sumarizar, também foi encontrado referenciado na base PsycINFO, no período 1977-2001, na qual foram destacados outros cinco artigos:

O artigo intitulado “*Social skills training for a case of Savant syndrome and Asperger’s syndrome.*”, dos autores: Nakamura; Iwahashi; Fukunishi; Suwaki, trata-se de uma publicação no *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, publicados no ano de 1998 [agosto, vol. 32(4)].

Este trabalho relata um caso de síndrome de Asperger em um paciente do sexo masculino de 14 anos, para o qual o treinamento das habilidades sociais foi realizado com sucesso. Aos 3 anos de idade foi avaliado como uma criança com desenvolvimento normal. Quando entrou na escola primária tinha poucos



amigos e passava a maior parte do tempo em casa. Quando estava no terceiro semestre do oitavo ano, ele foi observado rondando sua colega favorita e a espreitando, quando ela entrava na sala de aula.

Os critérios de caracterização da síndrome são baseados em testes psicológicos que envolvem habilidades de cálculo, matemática, pintura e música e o fator de memorização de mapas, possibilitando diagnosticar-se a síndrome de Savant, dentro da síndrome de Asperger. Este paciente, caracterizado então, por sua memória para mapas e seu papel como navegador, foi considerado um caso de síndrome de Savant.

No decorrer do tratamento foi observada sua baixa estima, falta de confiança e comunicação pobre com os outros. A introdução do acompanhante terapêutico no tratamento interviu no reconhecimento de sua excelente habilidade com mapas, encorajando-o a desenhá-los. Ele passava mais tempo se comunicando com a at até re-obter gradualmente a sua confiança. Além disso, ele recebeu treinamento nas habilidades sociais que seriam requeridas para a entrevista no futuro exame de entrada no ginásio.

A conclusão foi a de que o trabalho de aproximação, pouco a pouco, com o acompanhante terapêutico, ajudou-o na recuperação gradual de sua autoconfiança e, depois de repetidos exercícios de habilidades sociais, melhorou sua comunicação, o que o levou a ser aceito em três escolas secundárias. A partir desse trabalho, o paciente participar de atividades atléticas em clubes e a fazer amigos. Até o momento da redação do estudo de caso, não se havia observado rondando meninas.

Outro artigo, data o ano de 1997, é de autoria de Renata Udler Cromberg, intitulado: “*O buraco e a escada manca.*”. Trata-se de uma publicação da revista *Percurso: Revista de Psicanálise*, do Instituto Sedes Sapientiae. Esse artigo também constitui um dos capítulos do livro *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*, organizado pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, publicado em 1997, tendo sido originalmente objeto de uma comunicação apresentada em mesa-redonda no II Encontro de Acompanhantes Terapêuticos, realizado na PUC-SP, em 1994.

A autora relata um caso de uma paciente psicótica que faz um apelo para que a psicanalista assuma o lugar de “co-piloto” no acompanhamento de seu surto psicótico, de uma maneira corporal até, quando pede para a analista

fazer algo, pois “sua cabeça estava saindo do corpo”. Um contato com sua cabeça é estabelecido pelo toque firme, de forma que lhe é assegurada que essa continua fazendo parte de seu próprio corpo. Situação que promoveu uma maior aproximação e fortalecimento do vínculo terapeuta-cliente, sempre lembrada pela paciente, quando em situação difícil, frente à analista.

O caso era acompanhado somente em consultório e, a partir da necessidade de viagem da terapeuta, foi solicitada a presença de um acompanhante terapêutico, apesar da insegurança da analista quanto à possibilidade de confusão dos espaços de tratamento. Inicialmente, analista e acompanhante, ao conversarem, evidenciaram a necessidade desse recurso terapêutico, para além da necessidade real da viagem da analista, produzida pelo cansaço e o cansaço e a necessidade de auxílio que esta manifestava, segundo sinaliza a acompanhante terapêutica.

Assim, foi se estabelecendo uma “relação assimétrica” entre terapeuta e acompanhante, possibilitando o oferecimento de balizas que a acompanhante solicitava, a partir do compartilhamento de parte do material analítico.

O vínculo entre acompanhante terapêutico e cliente é assinalado pela autora, quando refere-se a uma situação em que a cliente lhe procura, buscando contato com a acompanhante, portanto fora do consultório da analista, em um momento que sentia que iria surtar novamente.

No desenvolvimento do processo terapêutico, a autora evidencia que passou a utilizar o que acontecia durante o acompanhamento terapêutico como material das sessões de análise. O papel de ponte do acompanhante é apontado pela autora, na medida em que comenta que ele propicia, por meio de sua ação, elos de ligação entre o mundo interior e o exterior do cliente, permitindo ligações que permitem que o paciente vá formando uma “pele” mais resistente no seu contato com o mundo exterior.

A autora conclui afirmando que o acompanhante terapêutico pode tanto abrir portas muito fechadas, como fechá-las quando estão muito abertas, com a condição de que espaço externo e espaço interno estejam em uma relação de mútua expressão pelo cliente. Condição possível a partir do empréstimo do espaço psíquico e corporal do acompanhante ao cliente, em que este deve, ao usá-lo, “aprender a usar-se”.

Esse exemplo clínico, de uma situação de atendimento a uma paciente psicótica, incapaz de simbolizar, suas experiências emocionais despertadas pelo contato com sua analista, mostra o quanto o acompanhante terapêutico pode ser de ajuda, principalmente pela gama de intervenções terapêuticas não-verbais que fazem parte do arsenal disponível nesse tipo de atendimento.

Um outro artigo capturado por intermédio da base de dados PsycINFO, corresponde a uma publicação do *Journal Japanese of Child and Adolescent Psychiatry*, de março de 1999, intitulado: “*Child therapy in the United States: meeting the needs of children and their parents*”, de autoria de Anni Bergman.

A autora apresenta este trabalho originalmente em uma conferência proferida no *Annual Meeting of the Japanese Association for Child and Adolescent Psychiatry*, realizada em Tóquio, em outubro de 1998. Ela enumera as várias tendências, nos EUA, para tratar crianças com problemas psicológicos, evidenciando a opinião de muitos analistas infantis, que verificaram que a sala de consulta não era necessariamente o único lugar em que o tratamento poderia ocorrer para as crianças.

BERGMAN (1999) comenta que, atualmente, nos EUA, existe uma tendência para tratar crianças com vários tipos de dificuldades com medicamentos, ao invés de psicoterapia ou psicanálise. O diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade presume um desequilíbrio fisiológico que é tratado quimicamente. Depressão e ansiedade graves também são freqüentemente tratados com medicamentos. Ela relata que até 10% dos meninos de escolas americanas são diagnosticados e medicados.

A crítica da autora é de que essa tendência a considerar a origem das dificuldades das crianças como puramente fisiológica, e tratá-las com medicamentos, não leva, adequadamente, em consideração a pesquisa atual sobre o funcionamento cerebral, que demonstrou que, embora o funcionamento cerebral influencie o comportamento, também, é influenciado pelos relacionamentos que o indivíduo estabelece ao longo de seu desenvolvimento. Entretanto, muitas pessoas estão conscientes de que, embora o medicamento possa ser útil, ou mesmo necessário, não representa a cura, e que a psicoterapia continua sendo necessária para trabalhar as dificuldades emocionais e relacionais.

Em sua experiência no *The City Child Center*, embasada em seu trabalho de terapia intensiva prolongada, psicanaliticamente orientada, Bergman utiliza um plano de tratamento tri-partite com várias crianças psicóticas, autistas e simbióticas, muitas delas crianças provenientes de famílias e economicamente carentes e que haviam sofrido perdas traumáticas em seus primeiros anos de vida. O cenário desse tipo de tratamento consiste em: 1) uma sala de aula terapêutica, 2) psicoterapia individual para cada criança e 3) Acompanhamento Terapêutico.

A autora apresenta um caso clínico de um menino, nascido de uma mãe com mais de 40 anos, divorciada e casada com o seu pai há 20 anos, com outras filhas crescidas que moravam fora de casa. Ela não menciona a idade atual da mãe na época desse relato. Conta que a gravidez não foi planejada. Durante o primeiro ano de vida, mãe e filho tinham uma relação muito próxima e intensa. Depois a relação se tornou difícil, devido aos gritos perturbadores e inadequados da criança. Até os 2 anos de idade não tinha qualquer linguagem. Parecia não se comunicar bem por meio de linguagem não-verbal e a mãe nem sempre era capaz de entender sua comunicação.

A relação entre a mãe e o filho se transformou em batalhas constantes, freqüentemente travadas em relação à alimentação. Brigas noturnas na hora de dormir e discussões recorrentes ocorriam em locais públicos, especialmente quando iam às compras. Parecia que, após a fase inicial de fácil relacionamento entre mãe-filho, a mãe sentia agora culpa por não saber lidar com as dificuldades da criança. Ela oscilava entre a minimização do problema e a busca de tratamento para se certificar de que ele estivesse recebendo o melhor atendimento possível.

O acompanhamento terapêutico, como parte do tratamento, era feito por muitos alunos que se ofereciam para a função, o que era propiciado pela própria localização do Centro, dentro do cenário universitário. O papel do acompanhante terapêutico tinha duas fases: 1) o at estabelecia uma ponte com a casa das crianças, freqüentemente fazendo visitas domiciliares, levando as crianças para casa ao final do dia e, algumas vezes, compartilhando refeições com a família; 2) o at fazia uma ponte com a criança, para a percepção das demandas e potenciais do mundo externo, fornecendo o conteúdo de apoio necessário para a criança ser capaz de exercitar-se e desenvolver capacidades

de ego autônomo e encontrar novas experiências. Essas experiências poderiam ser tão simples quanto ir à mercearia e escolher o que queria comprar, passear de ônibus ou de metrô, ir ao *playground* ou ao parque.

O companheirismo terapêutico, refere a autora, forneceu oportunidade para as crianças confrontarem medos *in vivo*, por exemplo, medo do escuro, de atravessar a rua, de estranhos, etc. O trabalho com at deveria anular a tendência de crianças gravemente perturbadas viverem em um mundo muito restrito, ditado pelos seus medos e comportamentos bizarros.

Os acompanhantes terapêuticos interpretam os sentimentos e a relação torna-se o foco da atenção terapêutica. Assim, segundo a autora, a relação da criança com o at tendia a ser mais isenta de conflitos, do que a relação com o terapeuta. Os acompanhantes freqüentemente se tornam os bem amados amigos das crianças. Muitos alunos que começaram o trabalho como at, finalmente passaram para programas de Phd e vários se tornaram supervisores dentro programa, proporcionando uma sensação de continuidade e convicção.

Desse modo, podemos perceber em mais um estudo, a importância do papel do at no tratamento de crianças com distúrbios que interferem em seu desenvolvimento psicossocial.

Outra palavra-chave utilizada na busca pelo tema Acompanhamento Terapêutico, foi *therapeutic partner*, sendo encontrados 14 textos na base de dados Medline, sem contudo manterem alguma relação com o tema. No PsycINFO nada foi encontrado utilizando-se desse mesmo descritor.

Com a palavra-chave *acompanante terapeutico* três artigos foram encontrados no Lilacs, sendo dois selecionados e um não selecionado, pois não mantinha relação com o objeto deste trabalho.

Dos dois artigos selecionados, um referia-se ao capítulo de livro de autoria de Humberto Antonucci, já exposto anteriormente. O outro dizia respeito a um artigo de autoria de Beatriz Dorfman Lerner intitulado: "*Como acompañar a un suicida.*", publicado no ano de 1986.

Neste trabalho, LERNER (1986) oferece uma orientação para o desempenho do acompanhante terapêutico com pacientes que tenham feito tentativa de suicídio. Ao examinar algumas questões gerais, a autora apresenta uma "cartilha" para a avaliação de um potencial suicida, segundo os autores por ela escolhidos: Tabachnik e Farberow. Menciona diferentes formas de

atitudes suicidas: a) o suicídio consumado; b) a intenção do suicídio; c) as idéias suicidas conscientes; d) as idéias suicidas inconscientes expressadas através de suicídios encobertos (drogas, acidentes) e e) as fantasias suicidas mudas e não visíveis. Ela afirma que nenhuma outra conduta do paciente põe mais à prova o profissional e o ser humano do que a conduta suicida. Diz então que todo suicídio é ao mesmo tempo uma incriminação, um grito de dor e um pedido dirigido à sociedade inteira.

Saliento a afirmativa da autora de que todo psicótico possui um potencial suicida e que, portanto, é de extrema importância um diagnóstico adequado e uma minuciosa avaliação para decidir-se por uma possível internação. Percebe-se aqui, a importância do Acompanhamento Terapêutico como uma terapêutica preventiva.

LERNER ( 1986) ainda delinea 4 fases para o acompanhamento: 1) a presença do olhar, que oferece segurança ao paciente, possibilitando-lhe calma e esperança, aliviando portanto de seus intentos auto-destrutivos, o que ajudará na superação dos momentos iniciais do atendimento, até seguir-se a fase 2) a oferta da escuta, na qual deve estar presente a capacidade do acompanhante de conter o sofrimento psíquico do paciente para digeri-lo e devolvê-lo, posteriormente, de maneira elaborada e adequada ao seu entendimento. Nessa fase será importante, segundo a autora, uma postura corporal e gestual relaxada, sem estar distraído, ao lado de uma disponibilidade expectante, sem significar ansiedade ou exigência. Nesse sentido, possibilitará uma reconstituição histórica do indivíduo, que caminhará para a fase seguinte a 3) atitude compreensiva, na qual a palavra-chave que é enfatizada como “*compreendo*”, como aquela que possibilita ao acompanhado ouvir uma espécie de “consentimento” para os seus sentimentos, o que lhe dá razões para sofrer a ponto de querer tirar a própria vida. O acompanhante torna-se, assim, um aliado, um ego auxiliar, um aporte para constituir no paciente um outro nível, a que a autora denomina de econômico, que drena o sofrimento do acompanhado e que, mediante o sentimento de compreensão, possibilita o reconhecimento de sua identidade, recuperando assim a esperança, com a qual pode-se então partir para a próxima fase; 4) o diálogo, momento de comunicação bidirecional estabelecido entre at-paciente, em que as indicações terapêuticas para o acompanhamento devem se centrar em uma

revisão do projeto de vida do paciente, para o qual é necessária uma reestruturação de si próprio. Nesta fase, o acompanhante deverá ter muito tato e ajustar suas intervenções, segundo cada caso e problemática.

Sugere, então, a autora, diferentes tipos de intervenção segundo a psicopatologia do acompanhado e enfatiza a importância da elaboração de um novo projeto de vida. Inclui ainda algumas considerações metapsicológicas e filosóficas dentro de um exemplo clínico.

Pela palavra-chave *resocializing therapie* nenhum artigo foi encontrado nas bases de dados Medline, Lilacs e PsycINFO.

Recentemente, foram encontrados quatro artigos apresentados no Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, evento da área da psicanálise e que teve como um de seus temas o Acompanhamento Terapêutico. Estes trabalhos estão disponibilizados no *site* desse Encontro.

Em “*O desabrochar de Rosa: reflexões sobre um acompanhamento terapêutico em anorexia*”, a autora Roberta Wanderley Kehdy apresenta a clínica do Acompanhamento Terapêutico em um caso de anorexia e discute como a psicanálise pode trazer importantes contribuições para esta clínica (KEHDY, 2001)

Referindo o processo terapêutico dentro de um quadro de irritabilidade, agressividade, compulsão e tendência ao isolamento, emagrecimento acentuado e incapacidade de se cuidar sozinha, foi trabalhado terapeuticamente o sentimento de invasão da paciente, que se referia à acompanhante como “sonda naso-gástrica”. Daí o objetivo de desfazer essa imagem e oferecer-se como alguém que está junto, que acompanha o sofrimento dela nesse momento.

A apropriação de seu espaço de moradia foi trabalhada no acompanhamento, a fim de que pudessem ser criadas raízes e, assim, a busca de objetos componentes para mobiliar seu espaço.

O atendimento possibilitou a *Rosa* ir reorganizando-se em atividades que influenciaram na modificação de sua imagem de corpo, do espaço de moradia, do padrão de ingestão dos alimentos, propiciando condições para a conclusão de sua graduação e fortalecimento de sua rede de amizades, constituída no transcorrer dos acompanhamentos.

Ao analisar esse caso à luz da psicanálise, a autora conta com o referencial teórico de D.W. Winnicott como pano de fundo de sua prática. E assim ela tece o comentário de que o trabalho de acompanhamento foi eficaz por oferecer um ambiente de *holding*, conceito winnicottiano, justificado pela sua adaptação às necessidades da paciente, preocupando-se com ela, sem portanto afastar-se dela, auxiliando-a a lidar com sua agressividade, oferecendo-lhe apoio constante e acreditando que sua conduta desadaptada era uma maneira dela desenvolver o que lhe era próprio e espontâneo.

Em um outro texto intitulado “*Algumas reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico dentro da escola*”, de autoria de Veridiana Fráguas, é apresentada a abordagem dessa prática dentro de uma escola de ensino particular, em auxílio a crianças com dificuldades especiais de aprendizagem.

Pode-se verificar, a partir desse artigo, que o Acompanhamento Terapêutico recentemente tem sido pensado como recurso auxiliar no processo educacional de crianças com graves distúrbios de desenvolvimento, possibilitando a inclusão de alunos portadores de necessidades educativas especiais (FRÁGUAS, 2001). O trabalho de AT entra, então, como facilitador desse processo inclusivo, criando condições, pelo tipo de intervenção, da criança poder freqüentar a escola, beneficiando-se do processo educativo.

Embora perseguindo os objetivos pedagógicos da escola, ou seja, a facilitação do processo de aprendizagem da criança deficiente, a autora apresenta um caso de acompanhamento a uma criança com grave distúrbio de desenvolvimento, em que o objetivo terapêutico também pode ter sido alcançado.

Assim, o trabalho do acompanhante terapêutico consiste em um processo acompanhamento da criança durante todo o período escolar, dentro e fora da sala de aula, procurando integrá-la ao grupo de pares, assim como envolvê-la nas atividades propostas pelo professor, sempre levando-se em conta seus limites e potencialidades.

Na perspectiva de ressocialização do paciente, buscando recuperar junto a ele aspectos de sua personalidade ainda em formação e outros já perdidos, a autora refere que foi possível criar condições para que a criança se vinculasse a ela e assim pudesse estender essa possibilidade de vinculação para outras



peças, o que configurou um efeito terapêutico da relação at-criança dentro de um acompanhamento escolar de crianças com deficiências.

Em outro texto intitulado “*O acompanhar e o acompanhante terapêutico: formação.*” de autoria de Eliane Berger, é apresentada uma reflexão sobre o tema acompanhante terapêutico, em que se mostra a especificidade dessa função e a necessidade de uma formação pertinente para que se possa exercê-la. Para isso, BERGER (2001) tenta responder o que é acompanhar e diz que, para o at, acompanhar seria o correlato de analisar para o psicanalista, constituindo-se como um campo de intervenção que marca e constrói a especificidade desse lugar. A visibilidade desse campo é mostrada por diversas cenas de acompanhamento, em situações ilustrativas e experimentadas por aquele que se coloca na função de acompanhar o indivíduo doente. Ação que é tratada com a singularidade de que se reveste esse ato de acompanhar.

A idéia de “proposição no mundo” é trazida pela autora como importante para o acompanhar, pois esse ato é desenhado pela disposição de se inventar estratégias que ajudem o sujeito a ganhar consistência, no encontro que se encarna pela presença do outro.

Nesse sentido, Berger refere não haver um padrão para a conduta de acompanhar, da mesma maneira como não existe um padrão de interpretação na psicanálise. O projeto do acompanhante terapêutico se revela pela possibilidade de se restabelecer pontes com o mundo, enquanto que os vários tipos de loucura têm a potência de destruir e “bombardear” essas conexões. Assim, uma boa proposição de atividade no acompanhamento terapêutico tem valor de interpretação, na visão da autora.

E assim a autora alinhava sua reflexão, enumerando algumas características do acompanhante terapêutico, tais como a espontaneidade que, transformada em uma certa introspecção, permite ao at escutar vidas radicalmente diferentes da dele. Nisso, enfatiza a importância da supervisão de casos, em que se abre a possibilidade de se entrar em contato com o sofrimento do outro.

De outra maneira, a autora comenta sobre a importância da escrita, como uma experiência que ocupa lugar considerável na sua experiência. Esse exercício da escrita é uma das habilidades que compõe o quadro de formação de novos profissionais habilitados para o trabalho em AT. A autora reforça que

escrever força a metabolização da experiência de acompanhar. Assim, ela refere sua própria experiência na instituição da qual faz parte e que promove a composição do tripé: clínica, escrita e projetos e a supervisão.

Em um outro trabalho apresentado no mesmo Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, intitulado “*Acompanhamento terapêutico de pais com patologias psíquicas e seu bebê*” de autoria de Íris Cosas, o trabalho de Acompanhamento Terapêutico aparece aplicado em um caso de mãe psicótica, atendida em um serviço público (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial), que começa a ser assistida por um acompanhante terapêutico logo após o nascimento de seu bebê na maternidade (COSAS, 2001).

A autora mostra seu trabalho de acompanhar mãe-bebê-pai-família, apresentando a trajetória de todo o caso e as implicações de ora intervir sobre a mãe, ora sobre o bebê, ora sobre o pai e ora sobre a família. Assim, ela enfatiza que durante todo o trabalho esteve voltada aos aspectos clínicos da posição de acompanhante terapêutica, pontuando que não tinha como foco os aspectos assistenciais e sim estar atenta à estrutura psíquica que se apresentava diante de seus olhos, cuja compreensão possibilitava o manejo de uma direção clínica do acompanhamento, que favorecesse a possibilidade de sustentação do laço entre pais e bebê, dentro de seus limites impostos pela condição de indivíduos em dificuldades psíquicas (mãe e pai). Esse seu manejo apostava na possibilidade desses sujeitos poderem contribuir na constituição psíquica de um novo sujeito – o bebê. A autora se intitula, então, acompanhante do laço entre mãe, o bebê e o pai.

Em síntese, o trabalho de revisão bibliográfica revelou que ainda são poucos os artigos publicados sobre o assunto Acompanhamento Terapêutico. Essa escassez de conhecimento sistematizado na área leva-nos a pensar que ainda muito se tem para desenvolver e ampliar dentro desse campo de possibilidades. Trata-se de uma prática em construção, e como tal requer a elaboração de novos estudos, que contribuam para uma melhor fundamentação teórica dessa estratégia clínica.

## **E) Considerações sobre o corpo: o resgate da auto-regulação no social do sujeito que necessita de Acompanhamento Terapêutico**

A expressão da angústia proveniente do corpo do paciente – sua linguagem não-verbal – relacionada ao conteúdo de sua linguagem verbal captada pela escuta durante o AT, em seu processo terapêutico, confluem para a noção de uma unidade funcional mente-corpo, dentro da proposta terapêutica de acompanhar.

Dentro dessa proposta terapêutica é, de fato, rica a noção de unidade corpo-mente, ou seja, a todo o tempo, a linguagem não-verbal e o conteúdo de sua linguagem verbal estão em relação dinâmica na prática do AT.

Trago essa idéia como princípio deste trabalho, na medida em que o **tenho como tese: o próprio ato de acompanhar já é, em si, corporal.**

Isso, considerando o sentido da movimentação de dois corpos (acompanhante/acompanhado) que interagem no social, envolvidos na relação terapêutica. A compreensão dessa interação deve levar em conta, continuamente, aspectos simbólicos e corporais, visto que estes são indissociáveis.

O corpo, além de tudo, é um veículo de comunicação social e diz respeito à nossa relação com o mundo. A noção de corpo tem sido construída pela medicina (bases anátomo-fisiológicas), neurologia (esquema corporal) e psicologia (consciência e imagem corporal). O corpo é um rio de acontecimentos e imagens, ou seja, dotado dos registros das experiências vividas (KELEMAN, 1992). Considero, então, o corpo como morada existencial do sujeito, definido em sua história e subjetividade, dotado de inscrições simbólicas construídas ao longo de sua trajetória de vida.

Os estudos clínicos de Wilhelm Reich trouxeram o conhecimento analítico sobre o corpo, afirmando que o *“corpo é o Inconsciente”* (GAIARSA, 1986, p. 12). E esse inconsciente é visível, como afirmava Reich (1972). Sendo inconsciente, o corpo sente e faz sem que se perceba, de imediato, a sensação ou ação. No aspecto visível, podemos olhar a expressão da linguagem não-verbal, traduzida pela gesticulação e movimentos do corpo. Será necessário, para isso, que o acompanhante terapêutico, neste enfoque, exercite a

capacidade de conhecer a conexão de sensação e ação seus corpos e de seus pacientes acompanhados.

Foi a partir de Reich que o corpo começou a retornar ao caminho de Hipócrates, sendo reintegrado à alma. Na psicanálise, em Freud, a atenção analítica centrava-se nas palavras, não se considerava o aspecto crucial da expressão física corporal, tampouco sua relação com a respiração. A atitude corporal, já assim inscrita na Psicanálise, se constitui a fonte das pesquisas de Reich, fomentando seus estudos a partir de sua prática clínica (GAIARSA, 1986).

A prática clínica criada por Reich, designada de vegetoterapia carátero-analítica, apresenta profundos enlaces com a psicanálise de Freud. A prática corporal interfere nas defesas caracteriais, abrindo espaço por entre as resistências para que o reprimido possa emergir e fluir em associação. Dessa maneira, o binômio Freud-Reich indica uma continuidade, como defende WAGNER (1996), em sua pesquisa de mestrado. Seu estudo busca trazer uma maior nitidez na polêmica questão Reich *versus* psicanálise.

Wilhelm Reich, estudando e observando minuciosamente a movimentação e funcionamento unicelular, constatou a relação com o organismo individual, como um todo. Partindo desse modelo relativamente simples, expandiu também sua visão para a sociedade como um todo, passou a compreender os grupos sociais como organismos “unicelulares” que se relacionam em movimentos de dentro para fora (indivíduo/sujeito influenciando seu meio) e de fora para dentro (os aspectos culturais influenciando os indivíduos). Essa idéia tem suas bases na concepção marxista de sociedade, que influenciaram fortemente os estudos de Reich (REICH, 1972).

Além disso, na continuidade dos estudos psicanalíticos, o próprio Reich afirmava que o seu trabalho clínico, pautado no aprofundamento sobre a economia sexual, era uma continuação da psicanálise freudiana, expandida com base na ciência natural, nos domínios da biofísica e da sexologia social:

“...a verdade é que a economia do sexo representa a continuação da psicanálise freudiana e dá-lhe uma base científico-natural na esfera da biofísica e da sexologia social.”(REICH, 1972, p. 22)

Muitas contribuições foram introduzidas por Reich. No conhecimento sobre o corpo humano e a emoção, sua explicação da natureza da estrutura do

caráter e a demonstração de sua identidade funcional com as atitudes do corpo representaram importantes avanços no conhecimento sobre o comportamento humano.

O conceito de potência orgástica foi introduzido como critério de saúde emocional, o que realmente é quando na sua base física é demonstrada a graciosidade saudável do corpo. O aspecto físico por si só não será base suficiente para que se possa afirmar a saúde do corpo. REICH (1972) afirmava: *“Amor, trabalho e sabedoria são fontes da nossa vida. Deviam também governá-la.”*

Por essa visão, o indivíduo saudável é compreendido como organismo que pulsa no corpo e nos vínculos sociais, ou seja, a saúde será tanto mais presente quanto melhor for a ação espontânea natural e individual do movimento da musculatura; o corpo irá conseqüentemente refletir-se a relação do cliente com o mundo.

No trabalho em AT, sob esse enfoque, o aspecto da ressocialização do sujeito pode ser percebido pelo seu movimento de expansão/contração – movimento pulsatório, isto é, sua expressão para fora e os momentos de interioridade consigo mesmo, estabelecerão movimento de ultrapassagem das barreiras de suas dificuldades. Nesse processo de retomada da vida, será imprescindível por parte do at a escuta da angústia do cliente no seu contato com a realidade circundante e na busca do retorno de seu movimento espontâneo, ou seja, auto-expressivo – pulsatório.

Para LOWEN (1982) Reich ampliou os conhecimentos a respeito dos processos do corpo humano ao descobrir o significado das reações involuntárias do corpo relacionadas às emoções (resgate da auto-expressão espontânea). Além disso, Reich frisou como a estrutura da sociedade se reflete em seus membros individualmente, o que explica os aspectos irracionais da política.

Alexander LOWEN foi quem desenvolveu a análise bioenergética, a partir dos estudos que realizou com Reich. Foi aluno de Reich no período de 1940 a 1952, na *New School for Social Research*, em Nova York e, durante o período de 1942 a 1945, fez análise pessoal com ele (LOWEN, 1982). Defende a tese fundamental da bioenergética, segundo a qual *“...corpo e mente são*

*funcionalmente idênticos, isto é, o que ocorre na mente reflete o que está ocorrendo no corpo, e virse-versa”* (LOWEN, 1985).

O corpo fala tanto quanto a palavra, pois a palavra não se apresenta descontextualizada do corpo, ou seja, sem gesto, sem tom de voz, sem forma corpórea. Numa cena vivenciada em AT, na situação clínica, encontramos, pois, a expressão facial, as atitudes físicas, a posição corporal, as formas gestuais, enfim, todo um arcabouço de demonstrações mescladas de palavras e ações. O at, quando está atendendo em meio ao contexto do acompanhado, entra em contato na maneira como o cliente se expressa no mundo, na sua vida, com sua história pessoal, de corpo na cena interacional.

Vejo, então, o corpo como via de acesso à compreensão da vida do cliente. Corpo vivo que, dialeticamente, se confronta com sentimentos contrários ou ambivalentes de dor e prazer, conforto e desconforto, realização e frustração. Corpo que é limitado e finito, e também programado segundo padrões genéticos. Contudo, não é predeterminado, daí não ser entendido como uma “máquina”, pois é sempre passível de movimentos novos, reinvenções de atitudes, transformações criativas, estritamente emocionais e eminentemente humanas, representando simbolicamente a existência.

LOWEN (1982) afirma que os processos energéticos do corpo determinam o que acontece na mente, da mesma forma que esta determina o que acontece no nível do corpo. Essa idéia confirma o sentido dialético da relação entre corpo e mente, no estabelecimento de uma unidade funcional em constante diálogo. Os processos energéticos do corpo estão relacionados ao estado de vitalidade do corpo, que em geral se apresenta comprometido nas condições patológicas.

Uma contribuição dessa visão para a saúde mental consiste no olhar integrado sobre o contexto social. Influenciado por Karl Marx, Reich preocupava-se com os fenômenos sociais e de massa, o que contribuiu para enriquecer e embasar a presente visão que temos articulado sobre o trabalho em AT.

A relação entre os três elementos: corpo, mente e processos energéticos é melhor expressa pela fórmula dialética demonstrada na figura abaixo. Trata-se de um esquema originalmente criado por Wilhelm Reich.



Fontes: REICH (1981, p. 227); LOWEN (1982; p.124)

O objetivo terapêutico do tratamento em AT, que procuro realizar, é ajudar o indivíduo, a reencontrar-se com o seu corpo, tirando o mais alto proveito possível da vida que há nele. Isso inclui funções elementares de respiração, movimento, sentimento e auto-expressão, favorecendo uma maior aproximação do cliente com essas dimensões de sua personalidade. Assim, o cliente pode estar em circulação pela vida, nas relações sociais, apesar de suas dificuldades.

“O indivíduo que não respira corretamente reduz a vida do seu corpo. Se não se movimenta livremente, limita a vida de seu corpo. Se não sente inteiramente, estreita a vida de seu corpo e, se sua auto-expressão é reduzida, o indivíduo terá a vida de seu corpo restringida.”(LOWEN, 1982, p. 38)

Possibilitar ao acompanhado uma ampliação de sua auto-expressão é acompanhá-lo em seus movimentos, dentro do universo simbólico e de relações sociais. Parto do princípio de que o trabalho, nesse tipo de atendimento clínico, já é, em si, guiado pelo movimento. Movimento do corpo nas ruas, em casa, no seu local de trabalho, nas idas a locais públicos como praças, lanchonete, cinema, *shopping*, etc., escutando suas palavras e observando gestos, objetivando o resgate social do cliente, na realização de uma clínica que transita pela cidade, olhada pelo referencial da psicoterapia corporal, tendo como eixo central o conceito da auto-regulação.

Na psicoterapia corporal, a atitude terapêutica consiste em assumir-se uma postura ativa frente ao cliente. O terapeuta, na relação, diante das resistências evidenciadas, propõe exercícios expressivos, posturas, alongamentos, ou intervenções corporais por meio de toques terapêuticos, objetivando trabalhar as tensões musculares do cliente, possibilitando o desbloqueio físico, portanto corporal e emocional (conforme a visão da unidade funcional mente-corpo já comentada anteriormente).

Esse trabalho terapêutico de desbloqueio de tensões no corpo procurará abrir caminho para o cliente viver de maneira mais saudável, visto que poderá

propiciar a auto-expressão de suas emoções, a partir da ampliação das fronteiras do conhecimento de si próprio. Na parte analítica da terapia, o cliente realizará conexões simbólicas entre suas tensões e sua história analítica; em outras palavras, entenderá o porquê das inibições e bloqueios, em sua maioria inconscientes, provenientes de suas experiências infantis. No contexto protegido da relação terapêutica, o terapeuta auxiliará no encorajamento da aceitação e da expressão dos sentimentos (LOWEN, 1985).

A partir dessa interação espera-se obter uma mudança no pensamento e nas atitudes da pessoa, visto que a sensação de unidade e integridade leva a uma reconexão natural de pensamento e ação progressivamente. As pessoas, então, poderão ficar cada vez mais radiantemente vivas, e essa expressão de vida se faz pela graciosidade corporal.

Toda essa concepção é proveniente da teoria desenvolvida por Reich. Sua originalidade estava em conceber a psiquê de um indivíduo comparando-o como organismos, ou sistemas vivos que, por serem vivos, estão sujeitos ao princípio da auto-regulação (WAGNER, 1996).

Pode-se então, facilmente estabelecer uma relação entre esse princípio natural de auto-regulação dos sistemas vivos com os princípios metapsicológicos de desprazer-prazer e de realidade propostos por Freud. Isso porque, tanto o princípio do desprazer-prazer, quanto o princípio de realidade agem no sentido de preservação e sobrevivência do próprio organismo, diante de uma situação qualquer de desequilíbrio, portanto, de ameaça, de forma sempre econômica e mais eficaz possível. Na visão de Wilhelm Reich, a auto-regulação está presente na natureza viva e por isso deve ser possível no universo psíquico e social do homem. (WAGNER, 1996)

Analogamente, no trabalho de AT, por meio do vínculo estabelecido na relação acompanhante/acompanhado, as atividades devem ser propostas a partir da consideração do movimento “natural” do acompanhamento e das especificidades de cada caso, possibilitando, dessa maneira, o resgate da porção saudável e vital do sujeito, no seu contato com o social. O acompanhante terapêutico terá como proposta de intervenção, procurar conhecer e respeitar as necessidades do acompanhado, em busca de sua auto-regulação.



### III – Objeto de estudo

No primeiro caso que atendi como acompanhante terapêutico (at), percebi-me inteiramente envolvida com essa prática. O trabalho pela ação concreta, junto à pessoa em dificuldade, ao lado de um escuta dinâmica, fora do “espaço protegido” de uma instituição, trouxe-me uma sensação de estar mais próxima da realidade do cliente, obtendo outros subsídios para atendimento do caso, através do contato que se dá diretamente no contexto de vida pessoal, junto à família, vizinhos, parentes, trabalho, espaço público, etc.

A clínica do AT, referida como aquela preocupada em romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que nos demandam tratamento, é uma clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, e que se dá na interface entre acompanhante, acompanhado e a cidade; é a clínica na cidade. Lado a lado, acompanhante/acompanhado exploram os diversos espaços possíveis, descobrindo e experimentando caminhos até os limites de seu próprio entorno (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1997).

Na dinâmica dessa clínica, vejo na proposta terapêutica do acompanhar o sentido de resgate do sujeito em suas relações na trama social. Pessoas podem ser atendidas em Acompanhamento Terapêutico quando, impossibilitadas do convívio no ambiente social, expressam uma necessidade do resgate da potência vital em seus corpos.

Em casos de depressão severa, por exemplo, é claramente evidente na pessoa sua falta de reação ao mundo. Pela impossibilidade mórbida de contato com a energia da vida, essa pessoa pode ser acompanhada, na clínica do AT, pelas suas atitudes corporais. O corpo poderá apresentar um aspecto encurvado, cabeça baixa, lentidão do andar, rigidez de movimentos (uma certa paralisação na flexibilidade corporal), falta de “brilho” no olhar, fala arrastada e

em tom baixo, sinalizando o aspecto de uma pessoa gravemente deprimida e, freqüentemente reclusa socialmente:

“A pessoa gravemente deprimida pode sentar-se em uma cadeira, sem fitar nada em particular, por horas a fio. Pode permanecer na cama durante boa parte do dia, incapaz de achar energia para se mover no fluxo da vida.” (LOWEN, 1982, p.18)

Corporalmente, o sujeito nos dá sinais sobre os quais poderemos intervir em uma prática de AT. Estes poderão estar nos sugerindo a ausência de vitalidade naquele sujeito, ou, em outras palavras, uma inibição de sua auto-expressão, tendo em vista que “...*toda forma de auto-expressão possui elementos criativos, acarretando prazer e satisfação*”(LOWEN, 1984, p. 93).

Na dinâmica da clínica do AT, percebo uma proposta terapêutica que segue na direção do resgate da identidade social de pessoas em crise. Isso é refletido por suas atitudes psíquicas e psicológicas, impressas no corpo e que denotam isolamento e perda de comunicação com o aspecto vital da existência humana.

Neste trabalho, proponho uma maneira de pensar a clínica do Acompanhamento Terapêutico, considerando o resgate da auto-regulação social do sujeito em crise, como conceito central, a partir do enfoque da psicoterapia corporal, tendo como perspectiva a promoção da saúde em termos biopsicossociais.

Nos trabalhos acadêmicos dedicados ao tema encontramos artigos e dissertações de mestrado, nos quais o saber psicanalítico é predominante e decomposto em vertentes: winnicottiana, lacaniana, winnicott-blegeriana<sup>2</sup>, demonstrando as múltiplas possibilidades de formulações teóricas sobre o assunto. (SERENO, 1996)

Além disso, uma gama de artigos e a existência de alguns livros sobre o tema, mesmo que ainda considerados escassos, encaminham-se pelas diversas maneiras possíveis de se olhar a prática em AT, seja pela vertente poética, seja pela relação de cenas e vinhetas clínicas, seja pelo cinema, ou ainda pela descrição de casos, coloridos pela emoção que envolveu a experiência.

---

<sup>2</sup> Esta dissertação foi apresentada na Universidade de Madri, em 1995, a qual não consegui acesso e outra em andamento, no ano de 2001, na Universidade Federal de Brasília, na perspectiva histórica sobre a prática do AT, conforme diálogo direto com a autora.

A prática em AT circula por diversos campos do saber, favorecendo a formulação de questões que permitem aproximações teóricas diversificadas sobre o objeto de trabalho – o sujeito em crise.

Dessa maneira, o exercício teórico da pesquisa sobre a clínica do AT é atravessado por inúmeras inquietações que podem ser canalizadas para vários áreas do saber. Apesar de diversas dissertações de mestrado elegerem a psicanálise como saber clínico predominante para se focalizar a prática de AT, esse viés teórico, em si, já sugere que poderemos conviver com uma multiplicidade de visões, sejam elas de orientação winnicottiana, lacaniana, freudiana, reichiana ou inúmeras outras maneiras de se colocar frente ao fenômeno, vendo-o através de diferentes enfoques.

Desse modo, a literatura disponível na área, ainda que limitada, referenda a possibilidade de se olhar esse objeto através de diferentes “lentes” conceituais e, assim, decompô-lo em diversas maneiras de atuar para se atingir um mesmo fim – ajudar o cliente que necessite do atendimento clínico em AT.

Nesse sentido, ao longo de minha prática clínica em AT, fui percebendo que, preocupada em romper o isolamento de sujeitos psicóticos, deficientes, ou outros que demandassem atendimento, estava, através do próprio ato clínico de acompanhar, possibilitando movimento de corpo ao sujeito em crise. Portanto, me utilizando de “óculos” próprios e correspondentes à minha maneira particular de atuar junto ao cliente.

Nesse contato, obtive elementos que justificaram uma contribuição no sentido do rompimento do isolamento do sujeito e seu resgate social. Seja pelo toque em seu braço, deslocando-o da sala para o quarto, seja conduzindo-o até o carro, seja caminhando lado a lado na rua, ou realizando intervenções corporais de alongamento corporal, na praça, estava colhendo importantes contribuições para efetivação do objetivo terapêutico em AT.

Em meu trabalho sempre tive em vista, que, para atingir esse objetivo, acompanhante/acompanhado exploram os espaços possíveis, descobrindo e experimentando os limites de seu próprio corpo, do corpo-contorno de sua casa, do corpo-relação com o mundo circundante.

Pelas inúmeras possibilidades que essa clínica nos traz, poderemos obter uma multiplicidade de olhares, na direção da construção do seu *corpo* de

conhecimentos, que se dá no processo de sua prática, portanto, em suas andanças e nuances.

Talvez, essa seja a especificidade dessa clínica: o fato de poder ser realizada de variadas formas para se chegar ao mesmo objetivo terapêutico em favor do sujeito em dificuldade - resgatar sua possibilidade de circulação na dimensão no social de seu contexto de vida.

Vejo, então, no referencial teórico da psicoterapia corporal uma importante contribuição para o campo da prática clínica no AT. Esse enfoque, dentre outros tantos, poderá ser de grande valia na compreensão do alcance do objetivo terapêutico de retirada do sujeito em crise da reclusão social.

O enfoque da psicoterapia corporal refere que a atitude terapêutica é ativa frente ao cliente. O terapeuta, diante das resistências evidenciadas na relação terapêutica, propõe exercícios expressivos, posturas, alongamentos, intervenções corporais por meio de toques terapêuticos, em que estarão sendo trabalhadas as tensões musculares do cliente, possibilitando o desbloqueio físico, portanto corporal e emocional.

A visão da unidade funcional mente-corpo é a tese fundamental dessa linha de trabalho: *“...corpo e mente são funcionalmente idênticos, isto é, o que ocorre na mente reflete o que está acontecendo no corpo, e vice-versa”*. Essa forma de terapia *“...combina o trabalho com o corpo e com a mente para ajudar as pessoas a resolverem seus problemas emocionais e melhor perceberem o seu potencial para o prazer e para a alegria de viver”* (LOWEN, 1985, p. 11).

Esse trabalho terapêutico busca o desbloqueio de tensões no corpo, abrindo caminho para o cliente viver de maneira mais saudável, visto que o efeito esperado será a auto-expressão de suas emoções, a partir do conhecimento de si próprio. É um caminho para saúde vibrante, ou seja, *“por saúde vibrante nós não queremos significar meramente a ausência de doença mas a condição de estar totalmente vivo.”*(LOWEN, 1985, p. 15)” Nesse sentido, terapeuticamente se possibilita o resgate de um corpo vivo, que se expressa nas situações reais do dia-a-dia, demonstrando a emoção de forma espontânea e com toda sua motilidade, inerente ao estado em que o indivíduo se encontra - uma motilidade inerente ao corpo vivo.

“Esta motilidade inerente ao corpo vivo, que é base de sua atividade espontânea, resulta de um estado de excitação interna que irrompe continuamente na

superfície em movimento. Quando a excitação cresce, há mais movimento; quando diminui, o corpo torna-se mais inerte.” (LOWEN, 1985, p. 15)

REICH (1972) afirmava que nossas impressões dos movimentos vitais refletem nossa expressão e que as funções básicas da vida são idênticas em toda a matéria viva. Nossas sensações nascem das emoções e brotam de movimentos plasmáticos reais, o que sugere sua objetividade e certeza. Isso ocorre se o nosso aparelho sensorial não estiver fragmentado, tensionado ou alterado de outra maneira. A fragmentação do aparelho sensorial provoca secções e pontos de tensão. E é sobre esses pontos de secção e tensionamento de partes do corpo que a psicoterapia corporal irá atuar através de exercícios terapêuticos posturais, procurando reintegrá-lo, através de uma redistribuição de seu fluxo energético.

Como já referimos anteriormente, na parte analítica da terapia, o cliente realizará conexões simbólicas entre suas inibições e bloqueios, na maioria das vezes inconscientes, originados em suas experiências infantis. O terapeuta ajudará no encorajamento da aceitação e da expressão dos sentimentos suprimidos, no contexto protegido da relação terapêutica (LOWEN, 1985)

De acordo com essa visão é que procuro o embasamento para o presente trabalho. Considerando, então, como **objeto do presente estudo** a questão que se apresenta: de que maneira pode ser praticada a clínica do Acompanhamento Terapêutico, tendo em vista o enfoque da psicoterapia corporal, adotando como conceito central a auto-regulação social do cliente acompanhado?

#### ◆ Justificativa

Quando realizei o estudo do cotidiano do profissional enfermeiro em uma macro-instituição psiquiátrica (PITIÁ, 1997), pude observar que esse profissional está diretamente imbricado no cuidado dispensado aos pacientes daquele hospital. Contudo, nas circunstâncias da realidade local, não assumia diretamente a assistência, delegando muitas vezes não só o cuidado propriamente dito, como também atividades burocrático-administrativas, que também se incluem como de responsabilidade dos enfermeiros.

Em uma realidade manicomial, muitos aspectos macro-estruturais influenciam, em grande medida, o desenvolvimento de um trabalho em que

pesem prioritariamente o atendimento às reais necessidades das pessoas que estão internadas e necessitam de ajuda, no caso, psiquiátrica. Nesse sentido, penso que o profissional fica muito limitado em sua atividade profissional, quando determinações maiores influenciam suas funções profissionais, tão fortemente a ponto de bloquear o fluxo de ações de promoção e reabilitação à saúde.

No trabalho como acompanhante terapêutico vislumbro a possibilidade de uma maior autonomia profissional, a partir do momento em que o profissional de saúde se desloca até a realidade do paciente, seja em sua casa, no seu local de trabalho, ou qualquer outro local da cidade, fora ou mesmo dentro de alguma instituição em que necessite estar internado, vivenciando situações no contexto do desenvolvimento de sua dificuldade, podendo intervir de acordo com a demanda da pessoa que está sendo atendida. Assim, o at defrontar-se-á também com a ação de outros profissionais dentro ou fora de alguma instituição de internamento (caso seja necessária a internação), envolvidos em um determinado caso clínico que esteja acompanhando.

Ao observar uma instituição psiquiátrica do tipo manicomial, tradicional, pude sentir de perto como os pacientes passavam os seus dias naquele local (PITIÁ, 1997). Também ouvia suas histórias de vida, além de seus constantes pedidos para saírem do hospital. Diziam que queriam ver a suas famílias, ir para casa, trabalhar, enfim, sentia que eles necessitavam de alguma maneira de um retorno à vida para 'fora' das paredes hospitalares.

Presenciei também a inatividade em que viviam aquelas pessoas passando os dias tomando remédios, confinadas no *recreio*<sup>3</sup> durante todo o dia, de onde saíam apenas para cumprirem os horários de rotina: café, almoço e jantar, sendo que os remédios eram dados pela equipe de auxiliares de enfermagem ali mesmo no pátio.

Esse cotidiano inquietava-me e trazia-me um certo desconforto interior ao olhar para aquelas pessoas. Pensava no quanto eles precisavam de ajuda; estavam em um local denominado de "hospital psiquiátrico", o que sugere tratamento especializado àqueles tipos de disfunções pessoais visíveis

---

<sup>3</sup> Espécie de pátio descoberto dentro do Pavilhão de internamento, cercados por paredes, sem nenhum tipo de vegetação, com um quiosque central, bancos de alvenaria ao redor das paredes e fortes portões com cadeados em mãos de algum funcionário da equipe de assistência local.

naquelas pessoas. E aí eu me perguntava: que “tratamento” é esse administrado sob essas circunstâncias tão subumanas? Atendimento psiquiátrico ou agravamento dos distúrbios psiquiátricos? Como podem conviver com essa realidade as pessoas incumbidas de todo o aparato terapêutico? Que relação terapêutica é essa que se estabelece entre os profissionais de saúde e os pacientes?

Procurando olhar essa trama sob o ponto de vista de quem presta o cuidado, considerei que lidava com um objeto de pesquisa não estático, pois que se tratava de pessoas pertencentes a um determinado grupo social ou classe, sujeitos potenciais de sua história, com suas crenças, valores e significados.

Além disso, as pessoas são sujeitos complexos e inacabados, que se movimentam em um constantemente processo de transformação. Daí a realidade ter sido apreendida de forma aproximada. Buscando destacar esses sujeitos, tive em vista a relação entre a consciência individual e a realidade objetiva, procurando compreender os diferentes matizes de colorido desigual impresso naquela realidade manicomial.

Considerando todos esses aspectos, não consegui ver algo de verdadeiramente terapêutico na relação que se estabelecia entre os trabalhadores de saúde mental e os pacientes. Percebi que as determinações macro-estruturais influenciavam diretamente aquela realidade institucional e que os trabalhadores, a meu ver, também se mantinham presos em suas atitudes estereotipadas tanto quanto os pacientes daquele hospital. Não era raro ouvir dos profissionais o mesmo que diziam os pacientes a respeito do desejo de saírem do hospital.

Pude notar que a política de saúde do Estado e do Município, onde se localiza o hospital, cenário desse estudo, realmente não priorizava o atendimento público. De fato, nada foi encontrado no Plano de Saúde do Município que abordasse a questão do atendimento psiquiátrico, considerando que aquele hospital tinha uma ampla abrangência de atendimentos, servindo não só à cidade onde se encontrava, como também a todo o interior próximo a ela, sendo considerado como de referência no sistema público de atendimento.

Ao lado disso existia toda uma política clientelista favorável a possibilidades de “cabides de empregos” para eleitores de políticos da situação

governamental vigente. Um outro aspecto era o de que esse clientelismo contribuía para a cronificação de pacientes psiquiátricos, a partir do momento em que, através de “bilhetinhos” de recomendação, eram levados até o diretor do hospital, por famílias de pacientes que não mais tinham como “solucionar” as dificuldades que enfrentavam no convívio com aquela pessoa em crise, e por isso solicitavam “moradia” para ela. Houve casos de pessoas jovens que, com apenas uma internação, já estavam vivendo como moradores no hospital, sob essas circunstâncias.

É verdade que todas essas implicações são de ordem macro-estrutural e influenciavam aquela realidade cotidiana. Contudo, sempre me questionava: como se sentiam os trabalhadores desse local em vista de uma impossibilidade de desenvolverem uma atitude terapêutica em favor do cliente internado?

O dado de realidade me diz que essas pessoas não eram contratadas para assumirem uma posição terapêutica. Encontramos em estudos na área da enfermagem psiquiátrica achados que confirmam essa prática da assistência em enfermagem de cunho eminentemente ideológico e sem a elaboração de projeto terapêutico específico à sua realidade de trabalho (SCATENA, 1991; BARROS, 1996).

Tudo funcionava de maneira a se preservar a manutenção do tipo de “tratamento” que ali era administrado. Isso me deixava profundamente frustrada como uma profissional de saúde, permitindo-me fazer um outro questionamento: o que poderia ser realizado em termos de atitudes terapêuticas em favor de pacientes psiquiátricos que, enclausurados em um manicômio e em sua própria “loucura”, estabelecem uma tendência ao afastamento e ao confinamento em sua relação com o mundo de fora do hospital? E ainda, considerando a questão de um modo mais amplo, no que eu, enfermeira e, portanto, profissional de saúde, poderia contribuir na forma de intervenção terapêutica dispensada a pessoas em dificuldade?

Nesse sentido, vi no desempenho profissional na função de acompanhante terapêutico uma atuação direta junto à pessoa em dificuldade, na realidade do cliente. No sentido de que o Acompanhamento Terapêutico é uma clínica preocupada em romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que nos demandam tratamento. É uma clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na



interface do acompanhante, do acompanhado e da cidade – clínica na cidade (BERGER, 1997), em que tanto o at como o cliente encontram-se “a descoberto”, isto é, distantes dos aparelhos tradicionais de assistência à saúde mental.

O profissional de saúde, na função de acompanhante terapêutico, poderá estar auxiliando o cliente na articulação entre a realidade circundante do sujeito e suas possibilidades viáveis de saídas da dificuldade. A prestação de um atendimento individualizado permite estar ao lado da pessoa, acompanhando os seus movimentos, seja na rua, em casa, levando-o às consultas médicas ou ao terapeuta de suporte no consultório. Nesses espaços compartilhados, o at encontrará disponibilidade de intercambiar esclarecimentos sobre o processo saúde/doença junto ao próprio indivíduo, aos profissionais envolvidos, ao local de trabalho e à família, tudo em favor do cliente.

No estudo por mim realizado, PITIÄ (1997), pude observar que existia uma rotina preestabelecida para aquilo que os indivíduos internados deveriam estar “ajustados”. O dia-a-dia era regido por regras inabaláveis e constituído de hábitos e costumes institucionais, nos quais as pessoas deveriam: acordar, escovar os dentes, tomar o remédio, tomar café, ficar no *recreio* ou ajudar os funcionários da limpeza do setor e, depois do almoço, ficarem novamente à deriva no mesmo recreio, jantarem e depois irem dormir.

Nessa rotina tudo se “equilibra”, de maneira a se manter inalterada a ordem estabelecida – a ordem manicomial. Tomar remédios e permanecerem por um período, ou mesmo a vida toda, em confinamento, mantém cristalizada uma certa maneira de se lidar com a loucura, que coloca o sujeito em posição excludente em relação à diferença que apresentam, tratando-a como justificativa para segregá-lo do ambiente social.

Tomo como exemplo a fala de um dos pacientes que descrevia o seu dia e, em um tom de voz monocórdico, que revelando a monotonia das “atividades” dizia: “...*tomo o remédio, depois vou tomar café, aí depois vou pra dentro de novo... a **rotina**...depois que almoço volto a deitar no meu lugarzinho e ficar ali de novo... **na rotina**...*”

Pensando em um atendimento que visasse a uma real reabilitação da pessoa mentalmente perturbada, essa *rotina* a que estavam submetidos os internados desse lugar não sinalizava nenhum aspecto terapêutico, visto que

as potencialidades individuais até “adormeciam” diante da inatividade, exclusão e alienação da realidade. Contidos dentro dos muros do hospital, estavam submetidos a uma vigilância policial, pronta para reprimir qualquer iniciativa de fuga daquela realidade sombria em que viviam os “diferentes”.

Pude tomar contato com outros estudos que tratavam sobre realidades macro-institucionais e percebi semelhanças na configuração, influências da concepção vigente sobre a loucura, bem como a discussão do papel profissional dentro da assistência psiquiátrica, diante do contexto manicomial. PROENÇA (1984), HUMEREZ (1988), ROCHA (1994) e SAEKI (1994) contribuem para essa discussão.

Procuo agora olhar a dimensão individual da pessoa em sofrimento, a partir da demanda específica de sua necessidade, frente ao atendimento em Acompanhamento Terapêutico. Proponho, neste trabalho, uma maneira de pensar essa clínica, pelo enfoque da psicoterapia corporal, considerando o resgate da auto-regulação social do sujeito em crise, como conceito central, tendo em vista a promoção da saúde em termos biopsicossociais.

O AT configura-se como uma prática extra-muros, uma vez que o exercício clínico se estabelece na rua, em casa, em locais públicos como lanchonetes, cinemas ou mesmo bares, bancos praças, ou outro lugar qualquer em que de faça possível ou necessário o acesso do cliente.

Ao se abrirem as portas do manicômio, surgiram iniciativas de formação de equipes multiprofissionais, criação de ambulatórios de saúde mental, centros de atenção psicossocial e hospitais-dia, diferentes territórios que, juntos, aumentavam as possibilidades da loucura libertar-se de sua condição de confinamento espacial. Daí veio a necessidade de se construírem mediações, não só entre os vários territórios, mas também entre todos eles e a paisagem da cidade, pois era preciso criar possibilidades reais de vida não doente. A figura do acompanhante terapêutico se delineia como uma das atualizações dessa necessidade (ROLNIK, 1997), surgindo na esteira dos novos espaços de convívio com a desrazão.

A função de acompanhante terapêutico é aberta aos diversos profissionais da área da saúde, visando desenvolver o acompanhamento de pessoas em dificuldade, procurando conhecê-las em suas histórias pessoais e

contextos de vida, vislumbrando a possibilidade do resgate social, bem como o conhecimento de suas características culturais e subjetivas.

Considerando a multiplicidade de saberes é que tenho como proposta uma maneira de olhar o AT através do enfoque da psicoterapia corporal, objetivando a auto-regulação social do sujeito em crise.

Considero essa clínica como impressa nos movimentos dos corpos, em busca de espaços possíveis para o resgate da auto-expressão do indivíduo em dificuldade. É no estabelecimento do vínculo da relação corpo-a-corpo com o cliente, em seu constante devir – que o terapeuta se desloca, juntamente com o paciente, almejando o movimento pulsatório restaurador da condição de cidadão do mundo, já que esse movimento acontece no espaço social e no contato com outros corpos.

O corpo, elemento-chave para o processo de ressocialização, coloca o ser humano em comunicação com o mundo. Nossos corpos interagem no social e se auto-regulam nas constantes quebras de equilíbrio que acompanham o processo de desenvolvimento. A angústia gerada pela ruptura do equilíbrio energético responsável pela homeostase corporal, mobiliza o movimento em busca de atendimento da própria necessidade. O ato impulsionará a ação favorável ao restabelecimento do paciente, apesar de suas dificuldades.

## IV – Objetivo

- ◆ Ampliar o campo de reflexão e compreensão sobre a prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, considerando a busca da auto-regulação no social do cliente que demanda esse tipo de atendimento.

### **Objetivos específicos:**

- ◆ Discutir o Acompanhamento Terapêutico, pelo enfoque da psicoterapia corporal, considerando o ato de acompanhar, em si, como movimento corporal.
- ◆ Contribuir para o desencadeamento de novas discussões acerca do tema, em vista das inúmeras possibilidades de atendimento na clínica de AT.
- ◆ Trazer contribuições para a busca de novas maneiras em se prestar cuidado em saúde mental, em especial, no campo da enfermagem, englobando o ensino e a prática.
- ◆ Cooperar no processo de proposição de novas práticas de atendimento em saúde mental, tendo em vista a necessidade de serviços alternativos, em decorrência da desinstitucionalização da assistência.

## V – Estratégias teórico-metodológicas

### a) Considerações sobre a abordagem qualitativa em pesquisa

A pesquisa qualitativa distingue-se pela especificidade do objeto de investigação – o sujeito. Este, dotado de consciência histórica, apresenta-se com as mais diversificadas visões de mundo, tendo como pano de fundo o processo sócio-histórico, no qual indivíduos e grupos são, ao mesmo tempo, atores e frutos do contexto no qual estão inseridos. Além disso, trata da identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Apesar de todos seres humanos se diferenciarem por questões de cultura, classe social, faixa etária ou outra característica qualquer, possuem algum substrato comum, tornando o sujeito e o objeto “*solidariamente imbricados e comprometidos*”(MINAYO, 1994a).

Segundo TRIVIÑOS (1987), a investigação qualitativa, olha para o funcionamento, significados e relações entre os sujeitos, nos diversos contextos da realidade humana, envolvendo aspectos essencialmente qualitativos com suas propriedades inerentes. Trata-se de uma realidade inacabada e em permanente mutação, a qual só se torna possível chegar por aproximações sucessivas, comportando a ausência de hipóteses fixas e rigidamente definidas *a priori*.

A vertente qualitativa trabalha preferencialmente no “contexto da descoberta”, embora não se exclua a possibilidade de incursões no “contexto da verificação”, na medida em que estudos podem ser planejados para investigar se as relações observadas em outros contextos ou através de outras metodologias se confirmam. De qualquer forma, a maior parte das pesquisas qualitativas se propõe a preencher lacunas no conhecimento, sendo muito

poucas as que se originam no plano teórico. Essas lacunas geralmente referem-se à compreensão de processos que ocorrem em uma dada instituição ou comunidade. Daí serem estas pesquisas, em sua maioria, classificadas como exploratórias ou descritivas (MARSHALL & ROSSMAN, 1989).

A pesquisa com os dados qualitativos utiliza o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento (BOGDAN & BIKLEN, 1994; STAKE, 1983; LÜDKE & ANDRÉ, 1986). Supõe “o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo” (LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 11).

Ainda segundo LÜDKE & ANDRÉ (1986, pp. 11-12), “como os problemas são estudados no ambiente em que eles ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador, esse tipo de estudo é também chamado de *naturalístico*”. Para BOGDAN & BIKLEN (1982), todo estudo qualitativo é também naturalístico.

A proposta de compreender o Acompanhamento Terapêutico oferecido aos sujeitos em suas condições naturais, implica em analisar também o contexto em que eles vivem e que vai sendo apreendido ao longo de sua evolução. Essa participação nessa modalidade de intervenção desenvolve-se dentro de condições reais e objetivas, em um contexto sujeito à influência de fatores tanto internos (as características pessoais de cada um e as inter-relações estabelecidas com as pessoas de casa, com o terapeuta, a percepção de si, etc.), como externos (o ambiente de trabalho, as relações hierárquicas estruturadas, além do contexto sócio-cultural mais amplo que envolve o acompanhamento – a rua, a cidade, os lugares públicos).

Trabalhando em pesquisa na prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, pode manter contato constante com o ambiente do sujeito acompanhado, observando em seu cotidiano, hábitos e a maneira de se relacionar com outros indivíduos de sua convivência, como também suas estratégias de aproximação em relação ao outro. Também é valorizado o tipo de vínculo estabelecido com a figura do acompanhante terapêutico, o que configura uma outra característica da pesquisa qualitativa - a identidade entre sujeito e objeto de estudo. Ambos, dotados de características essencialmente humanas, estão imbricados na realidade histórica objetiva que os envolve.

Tudo isso possibilita uma compreensão analítica e interpretativa do pesquisador apenas por apreensão, ou seja, torna-se possível pesquisar uma realidade histórica pela aproximação em relação ao conteúdo investigado (MINAYO, 1994b).

### **b) A prática do Acompanhamento Terapêutico: uma possibilidade de ação focalizando o corpo**

O presente estudo propõe uma pesquisa empírica sobre a clínica do AT, a partir do estudo de casos clínicos acompanhados e descrições das ações possíveis de serem realizadas, nestes casos, na prática como acompanhante terapêutico.

Trata-se de uma pesquisa com dados qualitativos do tipo estudo de caso clínico. Nela, portanto, cada sujeito foi visto e acompanhado em sua história pessoal, contexto cultural e social circundante. A clínica em Acompanhamento Terapêutico seguiu a evolução pessoal de cada sujeito, partindo da demanda inicial inscrita na solicitação para o trabalho e nas manifestações expressas pelo paciente e/ou família/instituição.

Através do enfoque da psicoterapia corporal, procurei me respaldar no conceito da auto-regulação no social do sujeito, analisando o processo terapêutico que se estabeleceu no atendimento dos casos acompanhados, mediante o olhar sobre o corpo.

O trabalho de Acompanhamento Terapêutico configura-se numa prática em construção. Na literatura sobre o tema, diversos são os relatos de cenas acontecidas durante a atividade do acompanhante terapêutico, através dos quais podemos visualizar melhor essa clínica do espaço, ou a clínica da cidade, como tem sido chamada recentemente.

Parto da idéia de que essa prática já se constitui um movimento de corpo, em si, no qual que acompanhante/acompanhado envolvem-se corporalmente na realização das atividades que o encontro proporciona. Nesse sentido, o movimento para fora de casa, para as ruas, para o meio externo àquele do confinamento do paciente, propicia um movimento de expansão em direção à vida e à saúde. O acompanhante, através da escuta e da intervenção terapêutica, pode auxiliar o cliente na expressão do conteúdo emocional de sua

angústia, possibilitando manejo mais saudável dos impasses e, por conseguinte, a atenuação do sofrimento mental resultante da rigidez da estrutura defensiva.

Procurei registrar, em diário de campo, o conteúdo de cada sessão de acompanhamento. Criei um roteiro (Anexo I) para observação e registro dos dados pessoais individuais, baseado na literatura em enfermagem, visualizando um modo de se realizar um levantamento do histórico pessoal do cliente (HORTA, 1979).

No atendimento de cada caso pude perceber a rede de trabalho que foi se constituindo. Assim, percebi como imprescindível uma articulação, na forma de contatos, trocas de informações e retornos sobre a avaliação terapêutica do cliente, na medida em que foram mantidos contatos freqüentes com o psiquiatra responsável, e/ou profissionais afins, assim como com a família e o local de trabalho, a fim de somar e agregar dados na visão integral do caso.

No projeto terapêutico de acompanhar, o acompanhante coloca-se ao lado da pessoa em dificuldade, emprestando o seu ego àquele que se apresenta com dificuldades no enfrentamento de sua realidade. A identidade do acompanhante também é colocada em confronto. O acompanhante mostra-se afetivamente disponível e se coloca na posição de poder conter em si o sofrimento manifesto nas atitudes do cliente, para reelaborá-lo na busca de uma resignificação de qualidade terapêutica. Portanto, as atividades propostas têm uma qualidade interpretativa (BERGER, 2001).

No enfoque que proponho, o da psicoterapia corporal, procuro acrescentar uma qualidade interpretativa não só de simbolismo, mas também corporal, ou seja, em determinados momentos, movimentos orientados ao cliente auxiliavam na expressão de sua angústia.

Procuro discutir a realização da prática terapêutica em AT, priorizando o olhar sobre o corpo-em-movimento do sujeito acompanhado. Tomo como eixo o olhar psicocorporal na análise dos acompanhamentos, procurando me referenciar teoricamente no conceito de auto-regulação, desenvolvido por Wilhelm Reich, aplicando-o à situação clínica e à visão social dos casos atendidos.

### **c) Instrumentos de coleta de dados**



Roteiro para Registros das Observações dos Acompanhamentos (ROA)  
(Anexo I)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)

Diários de campo (Anexo III)

Intervenções (inscritas no próprio processo de acompanhar)

#### **d) Participantes da pesquisa**

No período de janeiro a maio de 1999, divulguei a diversos profissionais de saúde sobre o meu trabalho como acompanhante terapêutico e explicitiei meu interesse na pesquisa sobre o tema. Coloquei-me à disposição para encaminhamento de casos, que se constituiriam em sujeitos para esta pesquisa, desde que houvesse o consentimento dos mesmos.

Os profissionais com quem estabeleci contato foram três médicos psiquiatras, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, um médico do trabalho. Eram profissionais que eu havia conhecido quando da realização do curso de Acompanhante Terapêutico, em 1997, e que busquei como referências para o encaminhamento de casos.

Os dados foram coletados de julho de 1999 a julho de 2000, a partir de demanda espontânea de atendimentos. O *corpus* do presente estudo foi composto por quatro adultos, sendo três do sexo masculino, que demandaram atendimento em AT, encaminhadas por dois dos profissionais acima citados, integrantes da rede privada de atendimento em saúde de um município de um município de médio porte, sendo:

- dois clientes encaminhados por médico do trabalho;
- dois clientes encaminhados por médico psiquiatra.

Os participantes não estavam no momento do encaminhamento, vinculados a nenhuma instituição de saúde e não tiveram nenhum gasto com as intervenções terapêuticas. A pesquisa foi realizada com consentimento dos mesmos e de suas famílias.

Os locais das intervenções foram a própria residência do indivíduo, praça pública, shopping, local de trabalho, ou outros lugares da comunidade. O trabalho constituiu-se, basicamente, em estar ao lado da pessoa, possibilitando

auxiliar terapeuticamente o seu contato com o ambiente social, ajudando-a na expressão de suas dificuldades.

### **E) Procedimentos de coleta de dados**

Os sujeitos foram contatados inicialmente em suas residências. Apresentei-me como enfermeira com especialização em AT e doutoranda em Enfermagem.

Assim, procurei garantir, no desenvolvimento do presente estudo, o compromisso ético de sigilo e respeito em relação aos participantes da pesquisa.

Na explicitação da situação de pesquisa durante os encontros com cada participante, foi colocada a questão da garantia do completo sigilo por parte da pesquisadora sobre o conteúdo dos atendimentos. Ficou esclarecido que o uso exclusivo do material obtido seria para fins de pesquisa, ou seja, para realização de um estudo que procurava compreender como se processa a relação terapêutica no contexto do AT. Além disso, era reforçado o compromisso com a não identificação dos participantes, garantindo-se o caráter confidencial dos dados obtidos, e a liberdade para não participação na investigação, sem acarretar prejuízos na continuidade do Acompanhamento Terapêutico (Anexo II).

Os sujeitos não eram vinculados a nenhum tipo de instituição de saúde e os encontros, na forma de atendimentos em AT, deram-se na residência do sujeito, nas ruas, praças, local de trabalho, *shopping*, visto o caráter terapêutico na condução do processo de acompanhar. Por vezes, intervenções corporais em forma de exercícios físicos foram realizadas, sem que isso acarretasse prejuízos à integridade individual.

Procurei registrar em diário de campo o conteúdo de cada sessão de acompanhamento (Anexo III), tendo inicialmente como guia um roteiro para observação dos acompanhamentos (ROA) baseado na literatura em enfermagem (Anexo I). Visualizei, assim, um modo de sistematizar o levantamento do histórico pessoal do cliente, através dos atendimentos

realizados. Os dados, no entanto, eram obtidos através do contato verbal com os sujeitos.

A demanda dos casos ocorreu de forma espontânea e diversificada. Partiu de profissionais da rede privada, que tinham conhecimento de minha prática como acompanhante terapêutico. Assim, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional e médico do trabalho foram contactados, sendo o médico psiquiatra e o do trabalho as fontes de encaminhamentos para os casos deste estudo.

#### **f) Roteiro para registros das observações dos acompanhamentos (ROA)**

O roteiro elaborado especialmente elaborado para atender os objetivos do presente estudo teve a função de auxiliar na sistematização dos dados coletados junto aos clientes durante os atendimentos, com o devido conhecimento dos mesmos. O ROA era composto de:

Identificação: nome, endereço, idade, estado civil, profissão e procedência que permitiram delinear uma identidade aproximativa do sujeito.

Dados de vida pessoal: informações sobre desenvolvimento pessoal, hábitos e de saúde, bem como a apresentação pessoal. Esses dados possibilitaram um maior detalhamento sobre as condições de vida do sujeito, indicando suas características particulares.

Dados médicos: a história do surgimento dos sintomas, diagnóstico médico da doença, exames, medicações que fez ou faz uso. Estes dados possibilitaram uma aproximação ao foco da dificuldade originária da demanda do caso para Acompanhamento Terapêutico. Essas informações contêm elementos significativos exigindo uma articulação com o outro profissional que participa do tratamento do sujeito. Os dados foram colhidos pelo contato verbal com o médico responsável por cada caso, sem que eu tivesse acesso ao prontuário do cliente.

Dados corporais: dada a própria aproximação e inserção do acompanhante terapêutico, durante as sessões, esses dados permitiram trazer importante contribuição sobre a maneira como o sujeito se manifestava corporalmente.

Observações do acompanhante terapêutico: o acompanhante registrou suas próprias impressões relativas ao comportamento do indivíduo, seja em sua relação com o próprio corpo, seja em sua relação com o meio social.

### **g) Diário de campo**

O diário de campo contém anotações de natureza descritiva e reflexiva, conforme recomendam TRIVIÑOS (1987) e BOGDAN & BIKLEN (1994). Os dados de natureza descritiva compreenderam: data, hora, local, conteúdos das atividades realizadas, além das expressões verbais e ações dos sujeitos. Os de natureza reflexiva contiveram os comentários da pesquisadora e suas intervenções no corpo, constituindo-se na parte mais subjetiva das anotações a respeito dos sentimentos, problemas, idéias e impressões da experiência adquirida em cada sessão de acompanhamento.

Após cada sessão de acompanhamento a pesquisadora procurava anotar em diário o que havia acontecido naquele dia. Tinha como guia um Roteiro para registro das Observações dos Acompanhamentos – ROA (Anexo I), sem contudo seguir rigidamente a ordem dos itens nele enumerados. Em alguns casos, não foi possível obter todas as informações propostas. No decorrer do processo, iam sendo registradas todas as comunicações do cliente naquele dia, as atividades desenvolvidas, o estado de ânimo e humor, as observações sobre sua aparência física, sua relação com o terapeuta, além de outros aspectos que a pesquisadora julgasse relevantes.

Os diários de campo encontram-se anexados neste trabalho (Anexo III).

### **h) Procedimento de análise de dados**

Os casos foram identificados na forma numérica, sendo colocados nomes fictícios no Diário de Campo. Inicialmente descrevi a apresentação da história de vida de cada um dos participantes da pesquisa.

Em seguida, no Quadro Analítico, enumerei a problemática identificada como motivo que demandou o atendimento de cada caso. As ações do Acompanhamento Terapêutico também foram relacionadas. Essa síntese

esquemática possibilitou melhor visualização dos aspectos emergentes no processo de tratamento.

MINAYO (1994a) acentua que existem autores que consideram a análise como descrição dos dados e que a interpretação vem no momento em que se faz uma articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa. Contudo, essa autora também afirma que análise e interpretação podem estar contidas no mesmo movimento.

Essa mesma autora considera, ainda, três obstáculos para uma análise eficiente: a ilusão do pesquisador em ver as conclusões como sendo, à primeira vista, transparentes; o envolvimento demasiado do pesquisador com os métodos e técnicas ao ponto de esquecer os significados presentes em seus dados; a dificuldade que o pesquisador pode ter em articular as conclusões que surgem dos dados concretos com conhecimentos mais amplos ou mais abstratos, o que poderá produzir um distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa.

Considerando esses obstáculos, após a construção do Quadro Analítico referente a cada um dos casos acompanhados, procurei estabelecer as semelhanças e diferenças no confronto de todos os casos. Assim, como auxílio da construção do texto, elaborei um quadro com o conteúdo das demandas e dos principais emergentes dos atendimentos realizados, para em seguida elaborar o texto analítico correspondente a cada quadro/cliente analisado.

Esse esquema de análise foi elaborado baseando-se na metodologia proposta por MINAYO (1994a), quando considera a análise feita por categorias empíricas e analíticas.

No desenho dos quadros obtive, de maneira horizontal e específica de cada caso, a demanda de atendimento, as ações do Acompanhamento Terapêutico. Idéias articuladoras apresentaram-se no confronto horizontal e no vertical.

Da visualização dos dados qualitativamente coletados, pude estabelecer as semelhanças e diferenças e constituir o texto analítico, a partir da relação com os pressupostos da pesquisa e a tese que sustenta o presente estudo.

Assim, construí, para cada caso, quadros específicos, considerando a tese de que o Acompanhamento Terapêutico é uma clínica que inclui, na sua

prática terapêutica, um ato corporal por si, baseada no referencial teórico da psicoterapia corporal, a partir do conceito reichiano da auto-regulação.

## **VI - Resultados**

A apresentação resumida da história de vida de cada um dos participantes da pesquisa foi descritiva. Posteriormente, apresento um quadro, para cada caso, com a problemática demandada, fonte da necessidade de Acompanhamento Terapêutico. Ao lado disso, coloquei as várias ações desenvolvidas por mim como acompanhante terapêutico, correspondentes a cada caso. Em seguida, comentei cada caso em particular para, posteriormente, refletir sobre o conjunto de todos eles.

### **A – Apresentação dos Acompanhamentos Terapêuticos**

#### **CASO I :**

##### ***Apresentação da história de vida.***

Heitor, 46 anos, natural de Orlandia, São Paulo, mora em Ribeirão Preto. É casado, pai de 2 filhos, um adolescente de 16 anos e uma menina de 5 anos. Eletricista, trabalha em uma fábrica de rações para cães e gatos. Seus pais moram em uma casa nos fundos da sua, onde seu filho tem o seu quarto. Essa casa foi construída por ele e sua esposa, após terem construído a casa deles que fica na parte da frente. Ele é o filho do meio de uma prole de três irmãos, sendo que o mais velho foi para São Paulo, quando a família ainda morava em Orlandia, distanciando-se logo cedo da família.

Até os 12 anos de idade, Heitor morou em Orlandia. Coursou até a 6<sup>a</sup> série. Seu pai era responsável por três cartórios na cidade. Nessa época, conta ele, houve um desentendimento entre ele e o juiz, algo que ele não soube explicar, mas que provocou a vinda da família para Ribeirão Preto. Não há registro de

que os pais o castigassem ou que tenham sido negligentes em sua proteção. Acostumou-se a dar suporte a eles desde adolescente.

Ainda em Orlândia, Heitor trabalhava como vendedor e empacotador em um armazém, entre outros trabalhos de “bico” para ajudar na manutenção da casa, pois sabia-se que o seu pai, apesar de ter 3 cartórios, sugerindo uma boa renda financeira, gastava muito com mulheres e jogo, o que configurava sua ausência do lar. Sua mãe, lembra-se ele, sempre manteve-se calada e resignada com a situação conjugal, cuidando dos afazeres domésticos e dos filhos.

Em Ribeirão Preto, Heitor tentou cursar, sem êxito, a 7ª série, pois trabalhava o dia todo e estudar à noite passou a ser extremamente cansativo, tirando-lhe o ânimo de dar continuidade aos estudos. Lembra-se da infância referindo a esse período como “normal”. Recorda-se que, por volta dos 8 anos, brincava com outros garotos de sua idade, fazia carrinhos de lata e jogava bola na rua. Tinha uma bicicleta que, nas brincadeiras, sempre emprestava aos outros garotos.

Recorda-se do pai chegando em casa, já tarde da noite, entrar no banheiro para tomar banho e de novo sair de casa. Lembra de ver o pai, no dia seguinte, saindo de novo para trabalhar, enquanto ele já se arrumava para ir para a escola. Nada ouvia falar a respeito da vida afetiva paralela que seu pai levava, fora de casa. Como se tudo estivesse velado, ele percebia algo de errado acontecendo e não se sentia bem com isso, mas nada falava a respeito.

As memórias de sua adolescência situam-se a partir da necessidade que teve de trabalhar aos 12 anos. Não gostava de festas e somente se preocupava em trabalhar e ir para casa. Não teve muitas namoradas. Lembra-se que, por volta de seus 23 anos, havia uma vizinha, mais velha, com aproximadamente 30 anos, que insinuou o início do namoro. Um dia foi até sua casa e pediu para que o chamassem. Ele atendeu o chamado e ela pediu sua companhia para irem até a padaria comprar pão. Na volta, conta que ela pediu para se sentarem no banco da praça e assim ela perguntou se ele não queria namorá-la. Ele aceitou e aí começaram a namorar firme. Acabaram por ficar noivos. Ele comprou uma pequena casa na qual ela foi morar pois era sozinha, começaram a se preparar para o casamento. O relacionamento transcorria normalmente até o dia em que ela fez um “teste” com ele, que acabou por

cortar a relação: inventou que estava passando mal e, chamando ele no trabalho, fez com que largasse o que estava fazendo para atendê-la. Ao chegar lá, ela disse-lhe que havia feito isso para ver o quanto ele gostava dela, mas que, na verdade, nada estava acontecendo. Ele então desatou o compromisso que mantinha com ela, encerrando o noivado e deixando para ela tudo o que haviam adquirido para o casamento. Seu sentimento foi de ter sido ludibriado por ela: “...fui feito de bobo...!”

Por volta dos 26 anos conheceu aquela que viria a ser sua esposa dois anos mais tarde. Ela é dez anos mais jovem e ele a conheceu em meio a outros jovens que freqüentavam a igreja. Conta que gostou do jeito dela, alegre e divertido, “*esbanjando juventude*”, como me disse certa vez. Comprometeram-se logo que se iniciou o namoro e, como ela era menor de idade, seu pai chamou Heitor para saber das intenções do namorado. Dessa maneira, marcaram casamento para quando ela, a quem chamarei de Isabel, completasse 18 anos. Casaram-se e passaram um ano morando na casa dos pais dele, enquanto iniciavam a construção de sua atual casa. Heitor e Isabel construíram juntos sua casa e lá foram morar. Logo tiveram seu primeiro filho, e, dez anos depois, tiveram o segundo.

Já casado com Isabel, conta que sua mãe tivera um episódio que ele refere como “depressão”, sendo necessário ser internada em um hospital psiquiátrico da cidade. Ele disse que se lembra dela gritando nos portões de sua casa, sem comer direito e sem dormir, necessitando tomar muitas medicações, identificadas por ele como de “uso psiquiátrico”. Hoje ela já não faz uso dessas medicações, mas demonstra dificuldades na comunicação e problemas de audição. Tentei algumas vezes travar algum tipo de diálogo com ela, quando estava nos acompanhamentos com o Heitor, mas não obtive êxito.

Heitor também se recorda que sua irmã mais nova, após o parto de seu único filho, apresentou sinais de “depressão”, segundo ele, tendo sido acompanhada por psiquiatra na época, tomando durante algum tempo medicações psiquiátricas. Essa irmã vive hoje em uma casa que foi comprada por Heitor e seu pai, a fim de poder abrigá-la, assim como a seu filho, pois havia se separado do marido, que segundo ele conta “...era um folgado...” Ele ainda refere que essa sua irmã hoje em dia não se fixa em nenhum emprego, passando períodos de 2 a 3 meses, quando muito, em cada um deles.



Hoje é Isabel é, seguramente a pessoa na vida de Heitor com quem ele mantém maior contato. Ele não mantém uma vida social, nem é dado a freqüentar a casa de amigos. Tudo o que faz é sob o estímulo da esposa. Isabel conta que ele sempre foi muito “*ranhento*” e que só vivia de casa para o trabalho e do trabalho para casa, implicando com ela por fumar e beber nas festas em que iam. Muito ciumento, não gostava de vê-la conversar com outros homens, mesmo que conhecidos dele. Chegaram a ficar sem se falar por dois meses, conta Isabel, algo que ela não sabia explicar o motivo, pois ele não expressava em palavras o que o estava perturbando a ponto de ficar sem falar com ela. Sempre foi muito controlador, centralizando todas as despesas da casa. Isabel conta que nada faltou em casa mas que qualquer necessidade de dinheiro haveria de passar pelo crivo de decisão do marido.

Sua rotina consistia em trabalhar, chegando em casa sempre cansado e fazendo trabalhos extras nas horas vagas para ganhar algum dinheiro extra. O lazer com a família ficava limitado a festas da família, ou confraternizações na empresa em que trabalha, oferecida às famílias dos funcionários, em que ele sempre ficava observando Isabel controlando suas cervejas. Costuma ficar muito nervoso quando vê que está diante de um possível fracasso.

Isabel conta que, quando ele ficava aborrecido com ela por algum motivo, não dialogava e sempre era ela quem “dava o braço a torcer” para reiniciar o “papo” com ele.

Quanto aos seus hábitos de sono, Heitor refere que acorda no meio da noite e tem dificuldades para dormir. É um sono agitado, em que acorda muitas vezes cansado pela manhã. Seus contatos sociais restringem-se aos colegas de trabalho, quando na empresa, e à sua família, mais especificamente sua esposa, pois não é dado ao diálogo com os filhos.

Quando do surgimento dos primeiros sintomas da crise depressiva, Isabel refere que Heitor andava extremamente ansioso, queixando-se de tonturas. Procurou um neurologista para verificar a hipótese de labirintite, levantada por um médico clínico. Culminou em um período de sua vida em que fazia muitas horas extras no trabalho. Sempre muito eficiente no que faz, a empresa o colocou na posição de eletricista número um do setor de manutenção e, como tal, responsável pelos outros funcionários, um espécie de coordenador.

Assim, muitas vezes, já em casa, após sua jornada de trabalho, a empresa solicitava sua intervenção em algum problema ocorrido no maquinário da fábrica. A mudança no turno de trabalho para o período da noite, agravou os sintomas de insônia e cansaço. Chegou muitas vezes a não dormir, voltando do trabalho pela manhã e não conseguindo conciliar o sono. Ainda assim, ia atender serviços extra local de trabalho.

Os sintomas se manifestaram mais acentuadamente no próprio local de trabalho, com sinais do tipo: medo das máquinas, inrupção de choro frente a elas e tremores generalizados pelo corpo. Tudo isso ao lado de sua afirmação constante e auto-depreciativa de que não mais servia para o trabalho e que sua cabeça não estava conseguindo acompanhar o aperfeiçoamento das máquinas. Na época, estavam havendo mudanças em alguns tipos de máquinas, quer passavam para funcionamento computadorizado, e Heitor era o responsável pela manutenção.

Nessa época estava sendo acompanhado por um psiquiatra. Fora levado pela esposa, por estar apresentando sinais de insônia, tontura e confusão mental, após nada ter sido detectado pelo neurologista que o avaliou, quanto aos sintomas de uma possível labirintite. O médico do trabalho o encaminha, então, para AT, lançando mão desse recurso na esperança de um resultado favorável à manutenção de Heitor no quadro funcional da fábrica.

## **CASO II**

### ***Apresentação da história de vida***

Alberto, 68 anos, natural de Açaí – RN, procedente de Centralina, cidade em que morou até vir para Ribeirão Preto há 30 anos atrás. Casado com Matilde, de 65 anos, teve 6 filhos: 4 mulheres e 2 homens, com idades variando de 42 a 24 anos. Os membros da família com quem mais se relaciona é sua esposa e a filha mais nova, que ainda mora em casa. Todos os outros filhos já se encontram casados, sendo uma filha separada do marido, que reside na casa da avó materna.

Alberto saiu da casa de seus pais no Rio Grande do Norte quando tinha 18 anos. Foi para Minas Gerais em busca de oportunidade de trabalho em fazendas. Ficou 20 anos sem ver os pais, sendo que por ocasião da doença do pai fez contato com ele, sabendo que veio a falecer após sua visita. Passou a

manter comunicação com a mãe através de cartas e telefone, mas não mais voltou a vê-la. Após 10 anos da morte do pai e de permanecer com esses contatos esporádicos com a mãe, esta veio a falecer sem que ele voltasse a vê-la.

Há uns 15 anos, Alberto começou a perceber que estava *“muito esquecido”* e com medo imotivado. Havia mudado de emprego, não se recorda qual era, e procurou um clínico geral, que nada diagnosticou. Logo em seguida, segundo diz: *“voltei ao normal”*.

Em contato com a família, esposa e filha mais nova, que compareceram à entrevista para início dos atendimentos em Acompanhamento Terapêutico, fui informada de que há uns três anos atrás, Alberto começou novamente a apresentar esquecimentos e medo injustificado. Procurou um neurologista, realizou um eletroencefalograma, nada apresentando de anormal. Uma semana mais tarde, apresentou manifestações do tipo: correr dentro de casa, esmurrar a parede e querer fugir de casa, correndo pela rua. Comunicaram ao neurologista, que orientou que levassem ao hospital para uma avaliação psiquiátrica.

A família não conseguia conter Alberto, chamando assim o serviço de emergência que o levou à força para o hospital geral, onde aguardou então atendimento psiquiátrico. Matilde, sua esposa, conta que, na porta do hospital, Alberto ficou bastante tempo dentro do carro de emergência, aguardando o psiquiatra, pois não foi permitido que esperasse o médico dentro do hospital.

Nesse instante, Alberto estava completamente desorientado e agressivo. O psiquiatra indicado pelo neurologista para atendê-lo não compareceu ao hospital e um amigo da família sugeriu um outro profissional, que indicou internação em um outro hospital geral, onde foi avaliado e medicado.

Após dois dias de internação, Alberto saiu do quadro agressivo, dormiu e acordou mais calmo, relata Matilde. O comportamento foi *“voltando aos poucos ao normal”*. Continuou sendo visto e avaliado pelo médico que o atendeu, em regime de emergência fazendo uso de Haldol, Lorax e outros medicamentos de que ela não se lembrava.

Alberto passou a trabalhar na loja do genro. Trata-se de uma espécie de armazém que vende produtos para animais. Durante o atendimento com o mesmo psiquiatra, por volta de 3 anos e percebendo mudanças físicas em

Alberto, Matilde chamou a atenção de seus filhos. Todos percebem sinais de indisposição e desânimo, além do que achavam que ele estaria tomando muita medicação. Procuraram então mudar de médico, sendo que um novo profissional foi indicado pela professora de sua filha mais nova, que fazia faculdade em musicoterapia.

Com esse novo médico, Alberto passou a tomar dosagens de lítio manipulado em farmácia. Matilde refere que Alberto sempre se apresentou muito calado, de difícil comunicação e diálogo. Sempre foi muito exigente consigo mesmo e com os filhos, e também “muito turrão” e autoritário. Contudo, muito fiel e dedicado à família.

A primeira pessoa na família que percebeu mudanças no comportamento de Alberto é Matilde. Ela o acompanha às consultas e retornos ao psiquiatra que foi quem o encaminhou para AT.

O psiquiatra orientou Alberto para a necessidade da introdução desse tipo de atendimento. O médico me apresentou o quadro de Alberto, referindo-se ao desânimo no desempenho de suas atividades habituais, dificuldades em sair de casa e tomar as medicações prescritas, além dos problemas no sono e repouso diário. Ele sinalizou então para a possibilidade de depressão, indicando os atendimentos de AT.

### **CASO III**

#### ***Apresentação da história de vida***

Hermes, 34 anos, casado, pai de dois filhos homens com idades aproximadas de 13 e 11 anos. Morador da cidade de Ribeirão Preto, tem cargo de serviços gerais em uma empresa que fabrica rações. A pessoa da família com quem mais se relaciona é sua esposa.

É o segundo de uma prole de 10 filhos. Seu irmão mais velho faz tratamento psiquiátrico e já esteve internado em hospital (sic). A esposa refere que Hermes sempre foi muito tranquilo e muito participativo na vida doméstica.

Tinha o hábito de passar na casa da mãe sempre que voltava do trabalho, com isso tomava contato com problemas de irmãos, chegando a ajudar, financeiramente, um deles. Sua esposa informa que Hermes já perdeu a prerrogativa do uso de talão de cheques por haver emprestado folha assinada,

em branco, a esse irmão, o que incorreu no depósito de um cheque sem fundos. Esse irmão, constantemente, costuma lhe pedir dinheiro emprestado.

Hermes tem um jeito de falar vagaroso e veste-se de maneira adequada. No trabalho é conhecido pela sua paixão pelo time do Corinthians. É bem vindo nos lugares. Antes da manifestação dos sintomas, mantinha-se bem humorado, disposto e cordial nos relacionamentos com colegas de trabalho e amigos da vizinhança.

Durante a manifestação dos sintomas, o que mais dificultou sua continuidade habitual no trabalho foi seu estado de confusão e o ar agressivo que exibia ao se comunicar. Apesar disso, parecia ser compreendido e querido pelos companheiros de trabalho. Lembro-me de um deles, o que parecia mais próximo, que ficou com os olhos cheios de lágrimas ao falar que percebia a fase difícil que Hermes estava passando. Nesse dia, ele estava colaborando com o amigo, levando sua cesta básica até sua residência.

A manifestação dos sintomas ocorreu no local de trabalho. Segundo informações colhidas no ambulatório da empresa, ele apresentou sinais de desorientação, saindo no meio do expediente, no turno da noite, demonstrando irritabilidade, confusão mental e idéias “deliróides” (sic). Não ficou muito claro quais seriam os conteúdos dessas idéias.

Encaminhado pelo médico do trabalho, Hermes já estava iniciando tratamento psiquiátrico, juntamente com o Acompanhamento Terapêutico. Mantido contato com o psiquiatra, pude acompanhá-lo também nas consultas e retornos, contribuindo com informações sobre seu estado, ao lado de sua esposa, que estava sempre presente e se responsabilizava pela administração das medicações e pelas, observações, nas 24 horas, de seu comportamento. Solicitava ajuda e orientação da at e do médico psiquiatra sempre que julgava necessário.

Atualmente, tem sido reduzidas as dosagens medicamentosas pelo psiquiatra. Obteve alta dos atendimentos em AT, assim que foram percebidos sinais de que estava restabelecido e de volta aos seus hábitos cotidianos.

## **CASO IV**

### ***Apresentação da história de vida***

Íris, 74 anos, aposentada, viúva, tem uma filha de 32 anos. Reside em Ribeirão Preto, sozinha, em uma casa no centro da cidade. As pessoas da família com que mais se relaciona são: sua filha e uma irmã.

Foi a filha que percebeu sinais que denotavam mudanças no seu comportamento habitual: desânimo acentuado em realizar tarefas de sua vida cotidiana, queixa constante de falta de vontade de fazer atividades habituais, tais como costurar, participar de coral, ajudar em instituições de caridade. Além disso, foi relatado que Íris havia se envolvido na venda de um produto cosmético, influenciada pelo interesse que pareceu ter tido pelo vendedor desses produtos, o qual mudou-se para o estado de Santa Catarina e parecia ser casado.

Íris referiu que, em sua juventude, por volta dos 17 aos 20 anos, aconteceram dois episódios de envolvimento com homens que ela viria a descobrir depois que eram comprometidos.

No contato com sua filha, obtive dados sobre o casamento de Íris. Ela foi casada durante um ano. Quando grávida de 6 meses, de sua única filha, perdeu o marido em um acidente de carro. Na ocasião descobriu-se que ele era casado com outra mulher, caracterizando bigamia. Isto só foi descoberto após sua morte. No velório, o irmão compareceu, reconheceu o corpo e o levou para ser velado na família que tinha com a primeira mulher, e oficialmente reconhecida pela família de origem. Íris, portanto, grávida, perdeu o marido, descobriu sua bigamia e não pode sepultá-lo.

Viúva aos 26 anos, Íris nunca mais teve outros relacionamentos, conforme relatou em um dos acompanhamentos. Nunca se referiu ao episódio sobre o marido, contado pela sua filha. Morou com sua filha, mãe e irmã, que depois mudou-se para Morro Agudo. Sempre se dedicou a investimentos em comércio. Vendia roupas provenientes da cidade de São Paulo e também costurava, juntamente com uma outra costureira. Quando sua mãe ficou doente, precisou parar de buscar roupas em São Paulo para vender, ficando com tempo disponível para cuidar dela.

A mãe morreu há aproximadamente 10 anos. A filha casou-se há 7 anos, e estava grávida de 6 meses no início do tratamento de Íris. Em contato com o psiquiatra este sugere sobre a possibilidade de Íris estar rememorando sobre sua fase de gravidez.

O médico encaminha-a para AT pelo seguinte quadro sintomatológico: desânimo, dificuldades com o sono, confusão mental e desorientação, e pela dificuldade em lidar com o seu cotidiano sozinha. A filha complementa as informações, evidenciando o estado de prostração de Íris nos últimos dias.

Observei uma predominância no teor da queixa de Íris, ilustrada por essa fala constante: *“Eu preciso ter vontade. Eu não tenho vontade. Quero ter vontade de ter vontade. Não sei como eu pude ficar assim. ...Fico sem ninguém...não adianta nada... nenhum tratamento, nem remédio... eu é que tenho que tirar uma força de dentro.”*. Essa idéia era prevalente em quase todas os encontros de AT.

Apesar de não ter tido alta do AT e sem o aval do seu psiquiatra, Íris interrompeu os atendimentos, viajou para São Paulo, justificando que estava sendo chamada pela filha na espera da chegada de seu neto. Não retornou para continuidade do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, esta sendo, atualmente, acompanhada em terapia de apoio com o psiquiatra.

## B – Síntese dos resultados dos Acompanhamentos Terapêuticos

### CASO I

CASO	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	AÇÕES DE A. T.
I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interrupção no fluxo pessoal de desempenho no trabalho: medo das máquinas, irrupção de choro frente às máquinas; perda do senso de auto-eficácia, com sentimentos de incapacidade para o serviço de eletricista; ansiedade extrema; ideação prevalente de ruína, acoplada à idéia de ser demitido; instabilidade do andar.</li> <li>2. Dificuldade em ficar de pé, falta de</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato no seu local de trabalho, procurando apoiá-lo em sua dificuldade de trabalhar como eletricista e sua insegurança frente ao medo de ser demitido. Dada a importância do local de trabalho para o cliente, procurou-se outras funções dentro da empresa, no intuito de preservar seu contato com</li> </ul>

- equilíbrio corporal: pés em arco, parecendo estar sustentado apenas pelas laterais, mãos trêmulas que se esfregavam constantemente, demonstrando ansiedade; sentimento de “falta de pernas”.
3. Sinais físicos de alteração da auto-imagem: descuido com a higiene corporal; inapetência, desinteresse por alimentar-se; perda acentuada de peso.
  4. Encaminhamento para terapia de apoio, (prescrita pelo médico psiquiatra).
  5. Esposa do cliente sob forte clima de tensão, solicitando orientação da at.
  6. Resistência às medicações psiquiátricas: insônia, idéias de ruína prevalentes, tentativa de suicídio e de fuga de casa.
  7. Internação mediante o agravamento do quadro e riscos anteriormente relatados.
  8. Interrupção temporária dos acompanhamentos e da terapia de apoio, devido ao período de internação do cliente.
  9. Momento de internação e alta hospitalar. Viagem de retorno a sua casa.
  10. Retorno às atividades cotidianas em casa e no trabalho: insegurança em reassumir a função de eletricitista.
- o ambiente de trabalho.
  - Oferecimento do próprio corpo do at como suporte físico frente a instabilidade do andar do cliente.
  - Escuta ativa sobre suas idéias prevalentes de ruína e temor de demissão.
  - Acompanhamento às consultas com o psiquiatra, contribuindo com informações e pontos de vista reunidos mediante observações do comportamento cotidiano do cliente.
  - Orientação à família sobre como aumentar mecanismos de vigilância frente ao risco de fuga e suicídio.
  - Acompanhamento do cliente junto ao terapeuta de apoio, contribuindo com as informações sobre o cotidiano do cliente, ao lado de sua família. Encaminhamento da esposa do cliente para psicoterapia de apoio, mediante solicitação dela própria.
  - Estabelecimento de ponte entre os demais profissionais envolvidos no caso e a família, oferecendo suporte e



11. Dificuldades de ajustes da carga-horária de trabalho do cliente: solicitação de esclarecimentos do setor de RH da empresa sobre a capacidade de trabalho do cliente.

esclarecimentos –  
intermediação de providências no relacionamento entre cliente-família-empresa.

- Acompanhamento do cliente durante o período de internação e alta em hospital psiquiátrico, fora da cidade, tipo comunidade terapêutica; contatos constantes com a esposa, oferecendo apoio durante a internação; contatos telefônicos com o cliente, possibilitando a manutenção do vínculo com a at.
- Acompanhamento do cliente às compras em supermercado, bem como ao banco, visando reintegrá-lo em suas atividades diárias.
- Esclarecimentos junto à empresa da atual situação do cliente, possibilitando seu retorno ao trabalho, após alta da perícia médica do INSS.
- Apoio à adaptação do cliente em nova função assumida na empresa, dados os seus limites pessoais e riscos em assumir a função de eletricitista.
- Intercambiando o contato com o psiquiatra, foi possível esclarecer, na empresa, que o

cliente se encontrava apto ao trabalho, na função proposta. Estava sendo gradativamente ajustada a medicação frente às suas reações.

- Obteve alta do AT e foi iniciada psicoterapia de apoio em consultório.

Podemos observar, preliminarmente que houve uma diversidade de locais de atendimento durante o processo terapêutico pelo qual esse cliente evoluiu ao longo de seu tratamento: hospital geral e psiquiátrico, seu local de trabalho, consultórios médicos, locais públicos e sua própria casa. Isso permite visualizar uma importante característica do ato de acompanhar, o qual está diretamente relacionado ao deslocamento do acompanhante/acompanhado até os lugares e nos momentos em que o cliente (ou sua família) necessita de ajuda.

A presença do acompanhante no lar, durante o tratamento, foi valiosa para o oferecimento de apoio às manifestações apresentadas pelo cliente, assim como para as orientações fornecidas à esposa, que se encontrava cotidianamente em contato com as dificuldades apresentadas pelo marido acometido.

A figura da at configurou-se também como apoio corporal, auxiliando o cliente na colocação e firmeza dos pés no chão, propiciando condições de firmar as pernas e caminhar, apesar do sentimento de insegurança e da instabilidade emocional expressa pela via somática.

Nesse sentido, mediante a abordagem da psicoterapia corporal e procurando significar aquilo que o sujeito comunicava através do seu processo de adoecer, a expressão da angústia proveniente da linguagem não-verbal do paciente, uma vez relacionada ao conteúdo verbal, pôde propiciar uma visão articulada da unidade funcional mente-corpo. LOWEN (1982) afirma que processos energéticos do corpo, determinam o que acontece na mente, ou seja, há um processo dialético corpo e mente em um constante diálogo.

A retomada do processo espontâneo de expansão – representada pela retomada das atividades cotidianas do paciente - foi possível pela articulação

de diversas instâncias interligadas a saber: at-cliente-família-local de trabalho-outros profissionais envolvidos no tratamento.

A reinserção social, ou seja, o resgate da vida social de Heitor foi possibilitada então pela aproximação entre diversas do tratamento: acompanhamento no âmbito social, medicação, psicoterapia de apoio, internação, o que configurou uma teia no atendimento às necessidades manifestadas, acompanhando o fluxo dos acontecimentos e grau de dificuldades evidenciadas em cada etapa do processo de reabilitação social.

Ou seja, procurou-se auxiliar o sujeito na realização daquilo que suas possibilidades lhe permitissem, aproveitando-se o mais alto nível de organização que havia nele em cada momento. Nesse sentido, intervenções por meio de exercícios elementares de respiração, apoio de pés no chão, movimento de corpo pelas caminhadas regulares e incentivo de contatos sociais, apesar das dificuldades, propiciaram resgate do movimento auto-expressivo do sujeito em seu cotidiano. (REICH, 1972; LOWEN, 1982)

## CASO II

CASO	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	AÇÕES DE A. T.
II	1. Desânimo no desempenho de suas atividades cotidianas: recusava-se a sair de casa; rejeitava as medicações psiquiátricas; dificuldades de sono; interrupção de sua atividade de trabalho; queixa de falta de vontade para realizar atividades e falta de prazer na vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio no momento de tomar a medicação psiquiátrica, que iria auxiliá-lo na diminuição da ansiedade e insônia, ao lado do AT indicado pelo médico.</li> <li>• Saídas com o cliente, levando-o para caminhar na avenida, nas ruas e na praça próxima à sua residência.</li> <li>• Realização de atividades físicas: movimentos corporais que propiciavam ampliação da respiração e mobilização de afetos: houve uma ocasião em</li> </ul>

que, sentado no banco da praça e falando sobre um episódio de sua infância, expressou choro emocionado, após a realização de movimentos corporais de abertura de peito e enraizamento dos pés no chão.

- Estímulo para o retorno ao trabalho e inserção em atividades voltadas para a terceira idade.
- Maior participação no convívio com os familiares, realizando atividades domésticas antes ignoradas por ele.

O desânimo e a rejeição ostensiva ao uso de medicações foi a tônica desse caso. Considerei essas dificuldades como a porta de entrada para o trabalho de AT, realizado com Alberto. Além disso, esse foi caso com maior concentração de atividades corporais, traduzidas por caminhadas e exercícios de alongamento e respiração, realizados na praça próxima à casa do paciente. Pude observar que, gradativamente o cliente ia se expandindo para acolher os efeitos benéficos do tratamento, abandonando sua posição inicial desprovida de ânimo.

MAUER & RESNIZKY (1987) descreve, nas diferentes fases no AT, o que inicialmente acontece em termos de uma transferência maciça por parte do paciente, ou sentimentos de suspeita frente ao acompanhante. Nesse caso, observei um processo aproximativo do paciente por meio do estabelecimento das atividades corporais. Eram nas caminhadas que o diálogo era travado e, após exercícios realizados na praça, enquanto nos mantínhamos sentados no banco, a expressão de sentimentos viam à tona, enquanto Alberto ia relatando episódios de sua história pessoal.

A recuperação da auto-regulação foi possível mediante uma participação mais efetiva do cliente em seu ambiente, tanto do lar como do trabalho, apesar do medo e angústia evidenciados na maneira retraída de se relacionar socialmente.

Progressivamente, Alberto começou a participar de almoços na casa dos filhos casados e de festas promovidas pela paróquia do bairro. Atender o telefone também passou a ser uma atividade possível, sendo antes inusitado, segundo observação da esposa e da filha, que passaram a notar também que ele já travava diálogos domésticos, configurando o processo de expressão no social do sujeito acompanhado.

Todo esse processo culminou com sua própria iniciativa de participar de um grupo de ginástica na praça, voltado para pessoas da terceira idade. LOWEN (1984) afirma que a auto-expressão possui elementos criativos, o que acarreta em prazer e satisfação pessoal. Assim, pode-se dizer que esse cliente movimentou-se na direção de uma melhor satisfação pessoal, indo em busca de elementos mais saudáveis de sua vida, o que sugere a reorganização de seus recursos pessoais a partir da revitalização de seu fluxo energético comprometido.

O AT foi realizado pelo estabelecimento de um guia que articulou o paciente em sua circulação pelo ambiente social, através de ações sustentadas pela relação acompanhante/acompanhado. Segundo ROTTELI (1990), o terapêutico, nesse caso, foi “fazer-se cargo” dessa pessoa na dificuldade em que ela se encontrava, possibilitando reativação de vínculos no social, a partir de uma satisfação da posição que seu corpo havia assumido frente ao mundo.

### CASO III

CASO	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	AÇÕES DE A. T.
III	1. Bloqueio súbito no fluxo das atividades no local de trabalho: desorientação e confusão mental; inquietação. 2. Insônia; mudança de comportamento	• Acompanhamento do cliente às consultas psiquiátricas: troca de informações com o médico responsável, apoio à família e esclarecimentos

<p>dentro de casa: desinteresse em dialogar com a esposa, manifestações de agressividade verbal.</p> <p>3. Sensibilidade ao medicamento prescrito: sonolência, desinteresse, confusão mental.</p> <p>4. Preocupação com o trabalho: desejo de retornar à atividade produtiva.</p> <p>5. Dificuldades na relação sexual com a esposa, atribuída à sonolência: preocupado com a possibilidade de ficar impotente – constrangimento com os colegas de trabalho, quando falou sobre o assunto.</p>	<p>sobre o tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatos constantes, em trabalho terapêutico conjunto (at/médico), possibilitando adequação e redução rápida e progressiva das dosagens do medicamento.</li> <li>• Acompanhamento ao local de trabalho, oferecendo apoio ao retorno às suas atividades laborais; esclarecimentos sobre suas circunstâncias de vida ao encarregado de seu setor, possibilitando maior acolhimento por parte dos colegas de trabalho.</li> <li>• Fortalecimento do vínculo at- cliente, no momento em que foi esclarecido o caráter temporário de sua indisposição sexual.</li> </ul>
--	---

O bloqueio súbito das atividades cotidianas do trabalho, ao lado da confusão mental, marcaram o início dos atendimentos desse cliente. Fatores externos, tais como dívidas contraídas em função de ajuda financeira ao seu irmão, colocaram Hermes em uma situação de dificuldade extrema, ao lado da expressão de sentimentos de despersonalização, quando ele afirmava não saber o que acontecia com ele naquele momento de sua vida.

Contudo, foi possível o estabelecimento do vínculo terapêutico, destacado pelo oferecimento de apoio e esclarecimentos sobre seu desempenho sexual. Ele mostra-se assustado em parecer impotente frente à esposa. O caráter temporário da condição, devido à interferências dos medicamentos psiquiátricos, logo foi esclarecido. Sua sensibilidade e a colaboração manifestada puderam propiciar uma redução das dosagens do medicamento,

mediante informações que a at fornecia para o psiquiatra, articuladas ao processo terapêutico de acompanhar.

A saúde emocional do sujeito estava evidenciada também pelo comprometimento dos aspectos físicos relativos à insônia, ausência de apetite sexual, seguido de sonolência excessiva que, segundo ele próprio, provocava o desejo de ir dormir cedo demais em comparação com hábitos anteriores. Essas dificuldades assinalavam a interrupção do fluxo vital e o bloqueio da potência orgástica.

Abstraído do foco exclusivamente voltado para os problemas sexuais, podemos visualizar seu estado de ânimo afetado na expressão de sua “graciosidade”, ou seja, espontaneamente não conseguia um bom desempenho na sua vida pessoal como um todo, naquele momento e contexto que estava sendo vivenciado por ele. O aspecto físico por si só não é base suficiente para que se possa afirmar a saúde do corpo. REICH (1972) afirmava que: *“Amor, trabalho e sabedoria são fontes da nossa vida. Deviam também governá-la.”*

Nesse sentido, o acompanhamento do cliente no local de trabalho, em apoio aos seus anseios de retornar às suas atividades laborais, parece ter sido decisivo para o restabelecimento da sua capacidade produtiva, bem como para o restabelecimento de sua auto-confiança, senso de auto-eficácia, incentivado pelo acolhimento que obteve por parte dos colegas.

#### CASO IV

CASO	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	AÇÕES DE A. T.
IV	<p>1- Interrupção do fluxo da vida cotidiana; desânimo, queixa de falta de vontade para o exercício de atividades diárias; culpa-se pelo sentimento de insuficiência na realização das atividades; parou de guiar seu carro.</p> <p>2- Dificuldade de organizar seus pagamentos mensais; ideação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulo à busca de lazer: exposição de opções saudáveis, tais como dançar nas manhãs de Domingo (Projeto Café da Manhã do Museu do Café da USP).</li> <li>• Escuta ativa do sentimento de insuficiência, possibilitando espaço para que falasse de</li> </ul>

confusa expressa no diálogo.

- 3- Dificuldades em lidar com sua própria casa e a condição de morar sozinha.
- 4- Incompatibilidade entre o sentimento de desânimo e sua atitude corporal e aparência física: coluna ereta, preocupação com sua imagem externa – uso constante de batom; preocupação com combinação entre o tom dos cabelos, sapatos e roupas.
- 5- Interrupção dos atendimentos em AT.

sua dificuldade em morar sozinha e sua ansiedade em desejar uma companhia nas 24 horas.

- Saídas no carro da paciente, ajudando-a a retomar sua prática de guiar seu veículo.
- Providências quanto à compra de uma agenda, ajudando a cliente organizar seus compromissos de pagamentos, bem como consultas médicas.
- Estímulo ao contato com sua própria casa, a fim de que encontrássemos, at-cliente, saídas viáveis para sua condição: a cliente rejeitava a idéia de contratar uma pessoa para ajudá-la nas atividades domésticas, para as quais não demonstrava o menor ânimo, nem mesmo na companhia da at.
- Apoio à prática de exercícios corporais que favorecessem o contato consigo mesma, possibilitando visualizar os próprios recursos.
- Estímulo para retornar seus contatos com antigas amigas, as quais se dispunham a ajudá-la, conforme seu próprio



relato.

- Respeito à atitude de interromper os atendimentos em AT, apesar de esclarecido seu papel, pela at e pelo psiquiatra, no processo de sua recuperação.

Esse caso se apresenta com uma característica, que também aparece nos demais, de interrupção do fluxo da vida cotidiana. A falta de vontade, associada ao desânimo diante das atividades habituais se manifesta na cliente ao lado do sentimento de insuficiência.

Nesse sentido, Íris confunde-se em sua própria organização pessoal sinalizada pela dificuldade em orientar-se frente aos seus pagamentos e nos horários de consultas médicas pelos quais passava na época dos acompanhamentos. Além disso, tinha dificuldades em lidar nas tarefas rotineiras de manutenção do seu ambiente doméstico: fazer suas refeições, arrumar suas roupas, limpar sua casa. Durante os encontros realizados em sua residência, se observava o quanto transparecia um aspecto de falta de vida, ou seja, os móveis e objetos permaneciam sempre nas mesmas posições. O ar empoeirado poderia sinalizar o abandono em que a cliente estava se sentindo e que eram representados também por sua fala sentir-se muito sozinha na sua casa.

Contudo, ao encontrá-la fisicamente arrumada, ou seja, vestes limpas, uso de batom, percebia uma certa demonstração de que se preocupava com sua aparência externa, o que poderia simbolizar o quanto esboçava uma tentativa em reagir ao sentimento de abandono. A ambivalência desse aspecto se evidenciava no não-reconhecimento de que isso fosse um sinal próprio da existência de vida em si própria.

As ações de AT iam na direção de estimular a cliente a olhar a vida sob outra perspectiva, a de que o lazer poderia ser uma alternativa possível de ser vivida. Assim, ao ser levada a atividades públicas, tais como as apresentações de um grupo musical, com muitas pessoas dançando ao redor, a intervenção

terapêutica buscava inseri-la no contexto de novos espaços, nos quais pudesse usufruir do contato prazeroso com outras pessoas.

A interrupção da atividade de dirigir o seu carro, algo que havia se acostumado a fazer, poderia demonstrar a falta de direção em que ela própria se encontrava naquele momento de sua vida. A retomada dessa habilidade pode mostrar à cliente o quanto ainda poderia desempenhar sua cotidianidade, apesar das dificuldades.

Mas algo sugere sua resistência às melhoras manifestas, quando, sem conseguir perceber o grau crescente de sua evolução pessoal e clínica, resolve interrompe o tratamento, sem ter recebido alta. Essa interrupção prematura ocorre no momento em que a at procura trabalhar terapeuticamente o lado da positividade de suas reações.

Havia, por parte da cliente, como que uma tentativa inconsciente de sustentar que nada estava conseguindo fazer. Demonstrava ambivalência quando começou a expressar a necessidade de aumentar a frequência dos atendimentos, ao mesmo tempo em que dizia não ser mais possível continuá-los. Se a at diminuísse a frequência dos encontros devido à sua melhora, ela procurava sempre telefonar no intervalo de um encontro e outro. Todo esse movimento de aproximação com a at acontece no instante em que viaja para casa de sua filha e não mais retorna para continuidade do tratamento em AT.

Permanece, contudo, em tratamento medicamentoso, com diminuição gradual da dosagem. O desfecho dos acompanhamentos foi feito em um último encontro com a cliente, no qual lhe foi mostrada sua evolução positiva e a necessidade da continuidade de atendimentos para que fosse trabalhada a concretização dos movimentos favoráveis à sua recuperação.

O acompanhante terapêutico colocou-se ao lado da pessoa em dificuldade, emprestou-lhe seu ego, tornou-se efetivamente disponível à cliente para ajudá-la na reelaboração do sofrimento manifesto nas suas atitudes e comportamento disfuncionais. As atividades buscavam resignificação de suas experiências emocionais e corporais, e nessa medida tinham uma qualidade interpretativa. Essas idéias vão ao encontro da afirmação de BERGER (2001), quando diz que as atividades propostas em AT têm uma qualidade interpretativa.

A interrupção do fluxo cotidiano de vida da cliente pode ser analisada sob a ótica da psicoterapia corporal. LOWEN (1982) ao falar sobre conceito de fluxo energético, elabora a idéia de que este parte do movimento de dentro do organismo para fora, exemplificando o fluxo sangüíneo e os fluidos intersticiais e intercelulares, colocando que a corrente energética não se limita só ao sangue, mas percorre todo o corpo. Assim, energeticamente falando, o corpo todo pode ser visto como uma única célula, em que, pela excitação, o fluxo partirá de dentro para a superfície.

O bloqueio desse fluxo implicará na interrupção do processo natural de vida, ou seja, há uma espécie de paralisia dos movimentos habitualmente realizados. Essa é a relação que faço quando visualizo todas as situações que demandaram atendimento em AT. Foi necessário a intervenção da figura do acompanhante terapêutico para auxiliar o sujeito à retomar seu fluxo de vida, através das saídas até a rua e os espaços públicos, colocando-o em movimento de dentro de si mesmo para a família, de dentro de sua casa para a rua, buscando também a sua auto-expressão individual no momento em que está estabelecido o espaço para a escuta ativa.

Nesse Caso IV, como at lidei com a situação de interrupção precoce do tratamento e com o rompimento unilateral do contrato de trabalho, justamente em um momento que os primeiros resultados começaram a se esboçar. Assim, deparei-me com a frustração que humanamente se manifestou em mim. Contudo, pude dar uma devolutiva à paciente de aspectos de sua melhora, deixando claro o quanto ainda o AT poderia auxiliá-la no suporte à superação de suas limitações reais de vida.

### **C- Reflexões sobre os resultados dos Acompanhamentos Terapêuticos**

Os registros das demandas dos casos foram analisados separadamente e depois confrontados, a fim de serem detectadas as semelhanças e diferenças. Considerei dados dos Diários de Campo para complementar as relações que estabeleci como convergências e divergências nos quatro casos acompanhados.

Complemento esse confronto com os dados extraídos do Roteiro para Observações dos Acompanhamentos (ROA), conforme informações que consegui obter e que estão presentes no Diário, ou mesmo resultantes da minha experiência como acompanhante terapêutico (at), relativa a esses casos, considerados todos os critérios éticos já comentados anteriormente.

Assim, os casos apresentam semelhanças quanto à interrupção das atividades cotidianas dos clientes. Esse bloqueio de capacidade produtiva esteve manifesto, em todos eles, na dificuldade de desempenho, seja no local de trabalho, seja em tarefas domésticas, bem como pela perda, momentânea, da capacidade de dirigir seu próprio automóvel.

Dificuldade com o sono também foi uma manifestação presente em todos os casos, manifestando-se de maneira diferente, desde a total insônia, até acordar no meio da noite e não conseguir conciliar o sono novamente, ou mesmo acordar muito cedo, quando comparado ao seu horário habitual.

Um outra atitude marcadamente comum é a mudança no contato afetivo com os familiares, um aspecto que chamou a atenção destes, levando-os a suspeitarem de que algo estranho estava acontecendo com seu ente querido.

Ao lado de todas essas convergências, também pôde-se perceber que em todos os participantes ocorreram problemas com a medicação. Seja por resistência aos seus efeitos colaterais, o que exigiu que fossem sendo modificadas ao longo do tratamento, como no primeiro caso, seja pela franca rejeição no uso da medicação, que esteve presente em três dos quatro casos, analisados. Ou seja, percebi que, com aspectos diferentes, os clientes atribuíam à medicação a falta de resultados na atenuação de sua angústia.

O corpo da at pode ser visto como instrumento importante de trabalho, no momento em que era colocado a serviço do suporte físico corporal do paciente. Era com as mãos em meu ombro, por exemplo, que um dos paciente se apoiava, quando se manifestava desequilíbrio em suas pernas ao andar. Em uma outra situação, eu segurava firmemente nas mãos do paciente, assegurando-o da minha presença ao seu lado no momento da consulta médica, ou a caminho da internação necessária àquele período.

O corpo do terapeuta na psicoterapia corporal é parte integrante da inter-relação paciente-terapeuta, representado nos momentos de suporte do terapeuta ao lado do paciente, seja pelo olhar interpretativo sobre o seu corpo,

seja pelo toque atribuída à necessidade de exercícios realizados no corpo do cliente pelas mãos da terapeuta.

LOWEN (1985) diz que no trabalho bioenergético do corpo existem os procedimentos manipulatórios que consistem em massagem, pressão controlada e toques suaves, objetivando o relaxamento da musculatura e o auxílio no desbloqueio de tensões. Assim, os exercícios se propõem a ajudar a pessoa a entrar em contato com suas tensões e a liberá-las através de movimentos apropriados.

A base da terapia bioenergética combina o princípio de atividade no nível somático, associada ao procedimento analítico ao nível psíquico. Assim, o paciente adquire novas experiências quando da realização dos movimentos corporais, que trazem memórias afetivas de traumas sofridos em sua história de vida, podendo, então, vislumbrar que, apesar deles, existe uma carga energética que o colocou na possibilidade de continuar vivo (LOWEN, 1977).

Nesse sentido, é pautada nesse entendimento que associo esse modo de pensar às intervenções de movimento em AT. Pude, junto aos acompanhados, mediante os movimentos de deslocamento, auxiliá-los na aproximação de suas necessidades. Ao lado deles, pudemos realizar as atividades possíveis, respeitando sua condição individual.

## VII – Considerações Finais

A análise dos dados indica que o trabalho clínico de AT ocupou um lugar de destaque quanto uma função que se efetiva junto aos sujeitos em seu ambiente natural.

As convergências observadas nos casos assinalados se sintonizam-se com a posição de **ponte** que o at deve ocupar dentro das intervenções. Dois dos casos submetidos à intervenção eram trabalhadores que conseguiram resultados favoráveis com o retorno ao ambiente de trabalho e a retomada de relações mais positivas com a família.

No Caso I, que antes do acometimento mais fazia em seu cotidiano além de trabalhar e chegar em casa para somente dormir, descuidando de aspectos de lazer e relacionamento afetivo, foram percebidas mudanças em aspectos bastante evidentes. Assim que apresentou melhora em seu quadro clínico, Heitor começou a fazer melhorias na casa: construiu uma piscina para a filha e reformou o terreno do lado de sua casa, colocando uma churrasqueira para reuniões com a família, amigos e parente.

No Caso III, Hermes passou a olhar mais para a vida dos filhos, acompanhando-os ao jogo de futebol, ou mesmo se permitindo observá-los enquanto soltavam pipas. Houve também uma distância favorável com relação à sua forte ligação com a mãe, começando ou a ir do trabalho diretamente para casa. Segundo observações de sua esposa, o tratamento parece ter propiciado nele um outro olhar para sua vida própria.

No Caso II a reação favorável e convergente com os demais acompanhados decorreu de sua iniciativa em participar do programa de ginástica para a terceira idade na praça.

Os limites na atuação em AT ficaram por conta de ser ainda uma prática que demanda estranhamento daqueles que se deparam com o seu funcionamento. Houve caso explícito de desconfiança em relação ao tratamento, quando o irmão de Hermes fez colocações que intentaram desqualificar o trabalho terapêutico que estava sendo realizado, em seu irmão e que foram revertidas em agradecimento pela família, sua esposa, quando não foi necessária e internação.

Percebo que essa cena no caso relatada, me faz lembrar as inúmeras explicações que são necessárias feitas quando estou atuando como at. Por exemplo, acompanhando os clientes durante as consultas de outros médicos que não aqueles que encaminharam os casos, percebo muitas vezes o ponto de interrogação retratados nas fisionomias de estranhamento.

Sumariamente posso dizer que realizar o trabalho em AT ao lado da pessoa em dificuldade em ambientes externos às institucionais tradicionais, leva o at a uma posição de identificação com a “diferença”. Ele se coloca também em uma posição de exposição sobre o seu trabalho, no sentido de que operam para fora dos muros, seja do consultório de psicoterapia, seja nas ruas, ou dentro da casa do cliente. Esse tipo de intervenção clínica é sustentada por uma ampla elasticidade no *setting* terapêutico.

O local de se atender em Acompanhamento Terapêutico é o local de onde demanda a dificuldade do cliente. A relação de vínculo terapêutico que se constrói entre at e acompanhado e se estabelece no contato entre ambos, situando-se, geograficamente, em quaisquer anteriormente.

Como clínica em construção, o Acompanhamento Terapêutico aponta um campo de possibilidades amplas e fecundas para atuação do profissional de saúde. Sujeito que somos de nossos rumos históricos na prática profissional temos condição de encontrar o nosso foco de atenção em saúde, o que coletivamente estará contribuindo no processo de trabalho em que estejamos situados.

As dificuldades existem e precisam ser então descortinadas e ultrapassadas. Ouvi de um sábio professor, uma certa vez, que na vida

poderemos optar por dois caminhos quando nos confrontamos em situações difíceis: ou ficamos paralisados pelo trauma e não evoluímos, ou tomamos esse trauma como um desafio e aí encaramos o que a realidade nos traz para que possamos ultrapassar, dentro dos limites de nossa condição humana, a barreira que se apresentou em nosso caminho. Eu fiz a opção pelo desafio com toda a fragilidade que a minha condição humana me oferece.

Ouso agora em dizer que, com este trabalho, faço um convite aos meus colegas de profissão – enfermeiros – e a todos os profissionais da saúde que desejem companhia na tarefa da descoberta de novas possibilidades da ação profissional, fora do âmbito familiar das práticas tradicionais.

### IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.
- AMARANTE, P. (org.) – **A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil** – Panorama Ensp, Rio de Janeiro, 1995.
- ANTONUCCI, R. **Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico** in: ASSUMPÇÃO Jr. F.B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo, Santos, 1994. p.549-55.
- AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico **Infante rev. neuropsiquiatr. infanc.adolesc**;4(2):37-40, ago. 1996.
- BALDI, V. M. A. **A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal. Análise de uma experiência de grupo**. 1992.109p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BARRETO, Kleber D. – **Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico** – São Paulo, 1997, 204p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem psiquiátrica subjúdice**. São Paulo, 1996, 202p., Doutorado (Tese), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**, Graal, Rio de Janeiro, 1985, p. 47-135.
- BERGER, E. Acompanhamento terapêutico: invenções In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997, pp.71-82.



- \_\_\_\_\_ O acompanhar e o acompanhamento terapêutico: formação. 2001.  
[http://www.estadosgerais.org/encontro/4-0\\_acompanhar.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/4-0_acompanhar.shtml)
- BERGMAN, A. Child therapy in the United States meeting the needs of children and their parents. **Japanese-Journal-of-Child-and-Adolescent- Psychiatry**. 1999 Mar-Apr; Vol 40(2): 120-133 1999
- BERGMAN, A; SCHWARTZMAN, M.; SLOAT, P.; WILSON, A. The oral deadlock: Treatment of a psychotic child, **Journal of the American – Psychoanalytic-Association** 1983; Vol 31(2): 443-465.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992, p. 17-30.
- BOADELLA, D. **Nos Caminhos de Reich** – Summus, 1985. (tradução: Elisane Reis Barbosa Rebelo, Maria Silvia Mourão Netto, Ibanez de Carvalho Filho)
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora, Portugal, 1994.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo** Graal, 1978, Rio de Janeiro.
- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Editora Perspectiva, São Paulo, 1973.
- COSAS, I. Acompanhamento Terapêutico de pais com patologias psíquicas e seu bebê. 2001.  
[http://www.estadosgerais.org/encontro/acompanhamento\\_terapeutico.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/acompanhamento_terapeutico.shtml)
- COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Xenon Editora, Rio de Janeiro, 1989.
- CROMBERG, R.U. O buraco e a escada manca. [Percurso: Revista de Psicanálise](#). 1997; Vol 9(18)[1]: 59-64
- DADOUN, R. – **Cem flores para Wilhelm Reich**. São Paulo: Editora Moraes, 1991 (tradução: Editora Moraes)
- DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- DUARTE JR., J. F. **A Política da Loucura**. Campinas: Papirus, 1987.
- EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem**, EPU, São Paulo, 1977. ( tradução: Efigênia Belfort Mattos e outros)
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997.

- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.** – Escuta, 1991, São Paulo.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**, São Paulo, Editora Perspectiva, 1993.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo, Cortez, 1993.
- FRÁGUAS. V. Algumas reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico dentro da escola 2001  
[http://www.estadosgerais.org/encontro/algumas\\_reflexoes.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/algumas_reflexoes.shtml)
- GAIARSA, J. A . **O que é o corpo**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo, Perspectiva, 1987.
- HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. EPU, São Paulo, 1979.
- HUMEREZ, D. C. **Enfermagem e loucura – visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem**. Ribeirão Preto, 1988. 182p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**, Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. (tradução: Fernando Diniz Mundim, Maria Dolores Lins de Andrade)
- JONES, M. **A comunidade terapêutica**, Vozes, Petrópolis, 1972.
- KEHDY, R. W. O desabrochar de Rosa: reflexões sobre um acompanhamento terapêutico em anorexia.2001  
[http://www.estadosgerais.org/encontro/o\\_desabrochar\\_da\\_rosa\\_.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/o_desabrochar_da_rosa_.shtml)
- KELEMAN, S. – **Anatomia Emocional**. Summus, São Paulo, 1992.
- LERNER, B D. Como acompanhar a un suicida. **Acta psiquiatr. psicol. Am. Lat**;32(2):137-47, jun. 1986
- LERNER, B D. Nuevo modo de investigar en psiquiatria: el acompañamiento terapeutico. **Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.** 30(1):21-8, 1984
- LOWEN, A . – **Bioenergética**. Summus, São Paulo, 1982. (tradução: Maria Silvia Mourão Netto)
- LOWEN, A. **O corpo em terapia**. Summus, São Paulo, 1977. (tradução: Maria Silvia Mourão Netto)
- \_\_\_\_\_ **Prazer**. Uma abordagem criativa da vida. Summus, 1984. (tradução: Ibanez de Carvalho Filho)

- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** EPU, São Paulo 1986.
- LOWEN, A. e LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética. O caminho para uma saúde vibrante.** Ágora, São Paulo, 1985. (tradução: Vera Lúcia Marinho, Suzana Domingues de Castro)
- MACHADO, R. (et al) **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil,** Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARSHALL, C.; ROSSMAN, G.B. **Designing qualitative research.** Sage Publ., Beverly Hills, 1989.
- MAUER, S.; RESNIZKY, S. – **Acompanhamento Terapêutico e Pacientes Psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica.** – Papyrus, Campinas – SP, 1987. (tradução: Waldemar Paulo Rosa)
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem,** São Paulo, Cortez, 1986.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec,** São Paulo/Rio de Janeiro, 1994.
- \_\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Vozes, Petrópolis, 1994.
- MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário** Cortez, São Paulo, 1994.
- NAKAMURA, K.; IWAHASHI, K.; FUKUNISHI, I.; SUWAKI, H. Social skills training for a case of Savant syndrome and Asperger's syndrome. **Australian-and-New-Zealand-Journal-of-Psychiatry.** 2000 Aug; Vol 34(4): 697
- OLIVEIRA, F. B. **Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade,** São Paulo, 1999, 202p, Doutorado (Tese), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- PITIÁ, A. C. A. **O enfermeiro e seu cotidiano: cenas de uma manicômio.** Ribeirão Preto, 1997. 144p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- PROENÇA, J. F. **Enfermeiro psiquiátrico: reflexões sobre seu papel profissional.** Ribeirão Preto, 1984. 164p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- REICH, W. **A Função do Orgasmo** Brasiliense, 1981. (tradução: Maria da Glória Novak)
- \_\_\_\_\_ **Análise do Caráter** Martins Fontes, Ltda, 1972. (tradução: Maria Lizette Branco, Maria Manuela Pecegueiro)

- REIS NETO, R. O. **Acompanhante Terapêutico: trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1995. 324p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica**. Que papel é este?. Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, Rio de Janeiro, 1994.
- ROLNIK, S. Clínica nômade In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997, pp.83-97.
- ROTELLI, F. A Instituição Inventada in: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. Hucitec, São Paulo, 1990.
- ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, p. 149-169.
- RUDIO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**, Vozes, Petrópolis, 1990.
- SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico**. Ribeirão Preto, 1994, 92 p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SERENO, D. – **Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. São Paulo, 1996, 191p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. (coord) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Graal, Rio de Janeiro, 1985, p. 47-135
- SILVA FILHO, J. F. O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. **J. Bras. Psiq.** – 1990, n. 39, v. 3, p.46-135
- SILVA FILHO, J.F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, Vozes, Petrópolis, 1987, cap. 2, p. 76-102.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo, Cortez, 1989.
- STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa/naturalista: problemas epistemológicos. **Educação e Seleção**. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 7( jan/jun), 1983.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. (tradução: Dayse Batista)

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, fenomenologia, o marxismo.** Atlas, São Paulo, 1992.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M. T. e SERPA, Jr. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992, p. 17-30.

WAGNER, C. M. **Freud e Reich. Continuidade ou ruptura?** Summus Editorial, 1996.

## IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.
- AMARANTE, P. (org.) – **A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil – Panorama Ensp**, Rio de Janeiro, 1995.
- ANTONUCCI, R. **Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico** in: ASSUMPÇÃO Jr. F.B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo, Santos, 1994. p.549-55.
- AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc.adolesc**;4(2):37-40, ago. 1996.
- BALDI, V. M. A. **A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal. Análise de uma experiência de grupo**. 1992.109p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BARRETO, Kleber D. – **Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança pelos caminhos da transicionalidade: relatos de um acompanhante terapêutico** – São Paulo, 1997, 204p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem psiquiátrica subjúdice**. São Paulo, 1996, 202p., Doutorado (Tese), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**, Graal, Rio de Janeiro, 1985, p. 47-135.
- BERGER, E. Acompanhamento terapêutico: invenções In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997, pp.71-82.
- \_\_\_\_\_ O acompanhar e o acompanhamento terapêutico: formação. 2001. [http://www.estadosgerais.org/encontro/4-0\\_acompanhar.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/4-0_acompanhar.shtml)
- BERGMAN, A. Child therapy in the United States meeting the needs of children and their parents. **Japanese-Journal-of-Child-and-Adolescent- Psychiatry**. 1999 Mar-Apr; Vol 40(2): 120-133 1999
- BERGMAN, A; SCHWARTZMAN, M.; SLOAT, P.; WILSON, A. The oral deadlock: Treatment of a psychotic child, **Journal of the American – Psychoanalytic-Association** 1983; Vol 31(2): 443-465.

- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992, p. 17-30.
- BOADELLA, D. **Nos Caminhos de Reich** – Summus, 1985. (tradução: Elisane Reis Barbosa Rebelo, Maria Silvia Mourão Netto, Ibanez de Carvalho Filho)
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora, Portugal, 1994.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo** Graal, 1978, Rio de Janeiro.
- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Editora Perspectiva, São Paulo, 1973.
- COSAS, I. Acompanhamento Terapêutico de pais com patologias psíquicas e seu bebê. 2001. [http://www.estadosgerais.org/encontro/acompanhamento\\_terapeutico.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/acompanhamento_terapeutico.shtml)
- COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Xenon Editora, Rio de Janeiro, 1989.
- CROMBERG, R.U. O buraco e a escada manca. **Percursos: Revista de Psicanálise**. 1997; Vol 9(18)[1]: 59-64
- DADOUN, R. – **Cem flores para Wilhelm Reich**. São Paulo: Editora Moraes, 1991 (tradução: Editora Moraes)
- DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- DUARTE JR., J. F. **A Política da Loucura**. Campinas: Papirus, 1987.
- EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem**, EPU, São Paulo, 1977. ( tradução: Efigênia Belfort Mattos e outros)
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997.
- EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. – Escuta, 1991, São Paulo.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**, São Paulo, Editora Perspectiva, 1993.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo, Cortez, 1993.
- FRÁGUAS, V. Algumas reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico dentro da escola 2001 [http://www.estadosgerais.org/encontro/algumas\\_reflexoes.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/algumas_reflexoes.shtml)
- GAIARSA, J. A . **O que é o corpo**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo, Perspectiva, 1987.
- HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. EPU, São Paulo, 1979.
- HUMEREZ, D. C. **Enfermagem e loucura – visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem**. Ribeirão Preto, 1988. 182p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**, Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. (tradução: Fernando Diniz Mundim, Maria Dolores Lins de Andrade)
- JONES, M. **A comunidade terapêutica**, Vozes, Petrópolis, 1972.
- KEHDY, R. W. O desabrochar de Rosa: reflexões sobre um acompanhamento terapêutico em anorexia.2001 [http://www.estadosgerais.org/encontro/o\\_desabrochar\\_da\\_rosa\\_.shtml](http://www.estadosgerais.org/encontro/o_desabrochar_da_rosa_.shtml)
- KELEMAN, S. – **Anatomia Emocional**. Summus, São Paulo, 1992.
- LERNER, B D. Como acompanhar a un suicida. **Acta psiquiatr. psicol. Am. Lat**;32(2):137-47, jun. 1986
- LERNER, B D. Nuevo modo de investigar en psiquiatria: el acompanamiento terapeutico. **Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.** 30(1):21-8, 1984
- LOWEN, A . – **Bioenergética**. Summus, São Paulo, 1982. (tradução: Maria Silvia Mourão Netto)
- LOWEN, A. **O corpo em terapia**. Summus, São Paulo, 1977. (tradução: Maria Silvia Mourão Netto)
- \_\_\_\_\_ **Prazer**. Uma abordagem criativa da vida. Summus, 1984. (tradução: Ibanez de Carvalho Filho)
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. EPU, São Paulo 1986.
- LOWEN, A. e LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética. O caminho para uma saúde vibrante**. Ágora, São Paulo, 1985. (tradução: Vera Lúcia Marinho, Suzana Domingues de Castro)
- MACHADO, R. (et al) **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARSHALL, C.; ROSSMAN, G.B. **Designing qualitative research**. Sage Publ., Beverly Hills, 1989.
- MAUER, S.; RESNIZKY, S. – **Acompanhamento Terapêutico e Pacientes Psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. – Papyrus, Campinas – SP, 1987. (tradução: Waldemar Paulo Rosa)



- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**, São Paulo, Cortez, 1986.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec, São Paulo/Rio de Janeiro, 1994.
- \_\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Vozes, Petrópolis, 1994.
- MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário** Cortez, São Paulo, 1994.
- NAKAMURA, K.; IWAHASHI, K.; FUKUNISHI, I.; SUWAKI, H. Social skills training for a case of Savant syndrome and Asperger's syndrome. **Australian-and-New-Zealand-Journal-of-Psychiatry**. 2000 Aug; Vol 34(4): 697
- OLIVEIRA, F. B. **Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade**, São Paulo, 1999, 202p, Doutorado (Tese), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- PITIÁ, A. C. A. **O enfermeiro e seu cotidiano: cenas de uma manicômio**. Ribeirão Preto, 1997. 144p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- PROENÇA, J. F. **Enfermeiro psiquiátrico: reflexões sobre seu papel profissional**. Ribeirão Preto, 1984. 164p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- REICH, W. **A Função do Orgasmo** Brasiliense, 1981. (tradução: Maria da Glória Novak)
- \_\_\_\_\_ **Análise do Caráter** Martins Fontes, Ltda, 1972. (tradução: Maria Lizette Branco, Maria Manuela Pecegueiro)
- REIS NETO, R. O. **Acompanhante Terapêutico: trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1995. 324p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica**. Que papel é este?. Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, Rio de Janeiro, 1994.
- ROLNIK, S. Clínica nômade In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DE A CASA (Org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. Educ, São Paulo, 1997, pp.83-97.
- ROTELLI, F. A Instituição Inventada in: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. Hucitec, São Paulo, 1990.
- ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, p. 149-169.
- RUDIO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**, Vozes, Petrópolis, 1990.

- SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico**. Ribeirão Preto, 1994, 92 p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SERENO, D. – **Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. São Paulo, 1996, 191p.Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. (coord) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Graal, Rio de Janeiro, 1985, p. 47-135
- SILVA FILHO, J. F. O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. **J. Bras. Psiq.** – 1990, n. 39, v. 3, p.46-135
- SILVA FILHO, J.F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, Vozes, Petrópolis, 1987, cap. 2, p. 76-102.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo, Cortez, 1989.
- STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa/naturalista: problemas epistemológicos. **Educação e Seleção**. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 7( jan/jun), 1983.
- TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. (tradução: Dayse Batista)
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação – o positivismo, fenomenologia, o marxismo**. Atlas, São Paulo, 1992.
- VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M. T. e SERPA, Jr. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992, p. 17-30.
- WAGNER, C. M. **Freud e Reich. Continuidade ou ruptura?** Summus Editorial, 1996.

## ANEXO I

### ROTEIRO PARA REGISTROS DAS OBSERVAÇÕES DOS ACOMPANHAMENTOS TERAPÊUTICOS ( ROA)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Natural \_\_\_\_\_ Procedência \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de filhos \_\_\_\_\_

Nome do cônjuge e dos filhos \_\_\_\_\_

Qual            pessoa            da            família            que            mais            se  
relaciona: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados de vida pessoal.

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

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

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

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

#### 3. Dados médicos.

Como surgiu o problema \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Quem da família acompanhou ao médico \_\_\_\_\_

Exames realizados \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Medicações que faz uso \_\_\_\_\_

#### 4. Dados corporais.

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

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

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

#### 5. Observações do acompanhante terapêutico.

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

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

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

## ANEXO II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Apresentação

Meu nome é Ana Celeste de Araújo Pitiá, sou enfermeira (COREN nº 40198) e aluna do Programa de Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Sou pesquisadora responsável por um estudo que tem por objetivo descrever a prática do Acompanhamento Terapêutico realizado com pessoas que vivenciaram situações de dificuldade emocional.

Para realizar este estudo gostaria de poder contar com a sua concordância para que eu possa utilizar os dados que obtive durante o período em que você esteve em acompanhamento comigo. Caso você esteja disposto a fornecer seu consentimento, solicito sua leitura e assinatura do seguinte Termo de Consentimento.

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que estou de acordo com minha participação como voluntário desse estudo, permitindo que a pesquisadora utilize os registros que ela fez das atividades de intervenção realizadas durante os encontros de Acompanhamento Terapêutico que realizou comigo.

No entanto, se não me sentir à vontade com a possibilidade de que as informações relativas ao meu atendimento sejam utilizadas, estou ciente de que posso recusar-me a colaborar, sem que este fato me traga qualquer prejuízo.

Assim, aceito voluntariamente participar desta atividade de pesquisa, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso.

Sei que estas informações serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, garantindo assim meu anonimato.

Declaro ainda estar ciente de que, para complementar o estudo, serão utilizados também os dados coletados durante os atendimentos que dizem respeito a minha vida pessoal, familiar, social e profissional, bem como os dados referentes a meus antecedentes clínicos (história de sintomas, exames, medicações e atendimentos realizados anteriormente).

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de lê-lo.

Ribeirão Preto, de de 2001.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador responsável:

Caso queira entrar em contato comigo, você poderá me encontrar nos telefones 630 5598 ou 9992 2676, das 8 às 18 horas

## ANEXO III

### DIÁRIOS DE CAMPO

#### CASO I

**Cliente: Heitor**

**Período do Acompanhamento Terapêutico: 23/11/99 a 11/08/01**

**23/11/99** – Terça-feira: Cliente encontrado internado em hospital geral, deitado no leito em uso de infusão venosa no braço esquerdo, expressão facial denotando ansiedade, pescoço rígido à movimentação, bem como suas pernas. Parecia formar um arco nas costas, quando deitado. À minha chegada, e assim que foram feitas as apresentações, ele agarrou-se nas minhas mãos pedindo ajuda e dizendo da sua dificuldade em andar e ficar equilibrado. Expressou desejo de voltar a trabalhar e preocupação com os filhos e com a manutenção da casa. Demonstra sentimento de incapacidade e fracasso. Foi estimulado a levantar-se da cama, deambular um pouco, mesmo com dificuldade e depois sentar-se na cadeira. Permanece com insônia, dormindo aproximadamente 1 hora por noite (sic)

Senti nesse primeiro contato um desejo extremo de poder ajudá-lo. O toque de sua mão me segurando e pedindo auxílio e apoio, me causava ao mesmo tempo compaixão e receio de que não pudesse corresponder à expressão de sua necessidade da ajuda em não atender tamanho pedido. Percebia a tensão de sua angústia expressa na rigidez em que se encontrava o seu corpo. Era angustiante vê-lo andar com dificuldade, de maneira ‘travada’, seja movimentando-se em pé ou deitado no leito. Pude então pegá-lo pela mão e ir, ao tempo em que lhe escutava, ir ajudando-o a ir até ao banheiro, ou sentar-me do seu lado e ouvir sua queixa. Falava o tempo todo que daquele jeito não iria poder voltar ao trabalho e chorava sem lágrimas.

**24/11/99** – Quarta-feira: Encontrei Heitor deitado, com a mesma rigidez do dia anterior. Expressão facial de angústia e tristeza. Permanece a idéia de não conseguir andar, comer, trabalhar e persegue na indagação do que irá acontecer com a sua vida de agora para diante. Está orientado quanto ao tempo e espaço, denota consciência do contexto ao seu redor. Ao chegar a refeição do almoço, sentou-se na cadeira com ajuda e começou a comer automaticamente, apresentando-se confuso sobre se deveria comer tudo ou não, mesmo sem vontade. Expressou constantemente confusão sobre se queria ficar de pé ou sentado, comer ou não comer, deitar ou levantar, acompanhada de uma certa irritação pela impotência de exercer escolhas mínimas, ao lado de uma extrema ambivalência. Auxiliado na tarefa de escovação dos dentes. Continua com insônia dormindo poucas horas por noite (sic).

**25/11/99** – Quinta-feira: Cliente encontrado deitado dormindo. Devido à grande dificuldade em dormir em que se encontra, apenas foi observada a expressão do rosto, que continuava triste e deprimida. Recomendada a esposa que lhe dissesse que a terapeuta esteve lá. Continua com dificuldade em dormir (sic).

**26/11/99** – Sexta-feira: Cliente encontrado deitado rigidez corporal acentuada, contudo uma ligeira melhora na deambulação. Encontrava-se de alta médica hospitalar. Persiste a ideação de incapacidade, fâcies deprimidas. Falava em ir embora constantemente e questionava sobre o que seria da sua vida de agora em diante. Sempre negando qualquer alteração favorável em seu estado, afirmou que não havia dormido bem aquela noite, embora informações da acompanhante (a esposa) dissesse ao contrário.

**27/11/99** – Sábado: Cliente acompanhado em casa, encontrava-se com o corpo rígido e bastante dificuldade de deambular. Sentava-se sem se encostar, com os pés suspensos e pernas esticadas. Para levantar não conseguia se equilibrar e apresentava muita dificuldade em mudar os passos. Fâcies bastante deprimidas, não havia dormido à noite (sic); expressava muito cansaço físico. Falou um pouco sobre o seu trabalho no setor de manutenção da Empresa. Foi solicitada uma comparação do corpo dele com algum objeto, ao que ele respondeu que o seu corpo se comparava a um motor. Perguntei sobre quando um motor quebra, ele falou que quando não há manutenção; e como se conserta, ele disse que tirando o rolamento e colocando graxa para de novo, após remontado, voltar a funcionar. Coloquei para ele que comparativamente, o seu corpo havia trabalhado muito tempo sem manutenção e que agora estava solicitando que ele tivesse um pouco de paciência com ele, receber os devidos cuidados, para depois ‘voltar a funcionar’. Auxiliado na movimentação dos ombros e membros superiores, bem como nas pernas. Feita massagem na região frontal, promovendo relaxamento, sendo conduzido ao leito, que embora com o corpo bastante rígido conseguiu ficar deitado em posição habitual de sono e até à saída da terapeuta já estava dormindo.

**29/11/99** – Segunda-feira: Acompanhado em consulta médica psiquiátrica, marcada pela esposa, o cliente se encontrava bastante debilitado, apresentando rigidez mais extremada que do último encontro, sendo necessário ser carregado para se locomover em lugares mais difíceis como subir escadas, entrar no carro, ou no elevador. Deambulando com bastante dificuldade, não conseguia se manter em pé com equilíbrio. Falava com dificuldade em articular as palavras e em abrir a boca para pronunciar algum comentário. Encontrava-se bastante abatido fisicamente e com dificuldade em dormir. Foi encaminhado ao internamento em hospital geral pelo médico

psiquiatra. Foram deixados ele, a esposa e a cunhada no hospital para procederem à internação. Cliente ficou esperando em cadeira de rodas.

**30/11/99** – Terça-feira: Encontrado deitado no leito, levantou-se bruscamente ao ver a terapeuta. Havia dormido a noite toda até aquele horário das 13 horas. Ainda bastante rígido, teve dificuldade de se levantar do leito. Estimulado na deambulação sendo segurado nos dois braços pela esposa e terapeuta. Bastante negativo quanto ao seu desempenho, falava com dificuldade e demonstrava enorme desânimo em tentar deambulação, contudo, chegando ao banheiro, foi estimulado e orientado no ato do banho, o qual foi feito com auxílio e sentado em uma cadeira. Para vestir-se apresentou extrema dificuldade porém estimulado vestiu o short, calçou os chinelos e com ajuda foi deambulando para a cadeira, onde permaneceu sentado até a saída da terapeuta. Orientada a esposa para que trouxesse para o hospital, jornal, revista e TV para que fosse um forma de entretenimento para o cliente, mesmo sob recusa do mesmo.

**01/12/99** – Quarta-feira: Cliente encontrado deitado no leito, levantou-se ao ver a terapeuta, com dificuldade. Persistia em demonstrar sua debilidade na locomoção, o que era fato. Contudo, mantinha a idéia que não ia andar nunca mais e que não ia conseguir superar essa fase difícil de sua vida. Estimulado a levantar-se do leito e sendo auxiliado, foi até o banheiro para banhar-se. Ficando posteriormente sentado na cadeira.

**02/12/99** – Quinta-feira: Cliente encontrado no leito, levantando-se à chegada da terapeuta, persistia a idéia de que não ia andar nunca mais ao lado da demonstração de tal dificuldade. Auxiliado pela terapeuta e esposa, caminhou até o corredor do hospital, com bastante dificuldade, sendo ajudado no retorno ao quarto e sendo estimulado a permanecer na cadeira e não deitado no leito.

**03/12/99** – Sexta-feira: Cliente encontra-se de alta hospitalar e, à chegada da terapeuta, levantou-se bruscamente do leito para que fosse levado para casa. Permaneceu andando em marcha com dificuldade e desequilíbrio e expressando constantemente a idéia de que iria ser demitido pois não mais iria conseguir trabalhar. Foi afirmado para ele sobre o apoio que a empresa está dando e que existe a disposição em ajudá-lo. Estimulado a aproveitar os dias restantes de férias que ainda possui.

**04/12/99** – Sábado: Cliente encontrado em casa ainda ansioso, andando em marcha e desequilibrado. Levado até a praça em frente à sua casa, foi conduzido a sentar na grama e colocar os pés descalços em contato com o chão. Apresentando rigidez moderada das articulações foi estimulado a movimentar-se sentado na grama da praça. Discurso negativo bastante acentuado, em que acha-se inútil, fracassado e sem condições para sempre de voltar às suas atividades normais. Visível sofrimento em sua expressão facial. Porém apresenta-se limpo e barbeado, ao que é estimulado pela esposa no auto-cuidado, seguindo orientações da terapeuta.

**06/12/99** – Segunda-feira: Cliente apresentando-se mais comunicativo, mostrou à terapeuta a área de estufa que tem em sua casa. Ainda deambulando em marcha e de forma rígida, mas de maneira que denota uma diminuição na dificuldade de locomoção. Estimulado a que se ocupasse em cuidar dessa área de sua casa que há muito havia deixado de utilizar (antes já funcionou como local de plantação de cogumelos, para comércio, o qual não obteve sucesso), para outro fim, como por exemplo cultivo de plantas ornamentais. O cliente reage à idéia com bastante negatividade afirmando constantemente que não consegue realizar tal proposta.

**07/12/99** – Terça-feira: Cliente encontrado queixando-se de obstipação intestinal, falava constantemente que os remédios não estavam lhe ajudando. Afirmava constantemente que sua vida estava acabada e eu não mais voltará a trabalhar. Demonstrou para a terapeuta que não estava andando direito e dessa maneira jogou-se ao chão para confirmar sua afirmativa, na qual dizia: “...quer ver olha como eu não consigo...” e assim demonstrou. Permanece a idéia de que não serve mais para nada e que sua vida está arruinada para sempre. Foi levado até o seu local de trabalho como forma de fazer contato com o apoio que está recebendo da empresa e poder vivenciar novamente o local de uma outra maneira, apenas fazendo uma visita.

**08/12/99** – Quarta-feira: Cliente levado à rua, foi conduzido a dois locais: um local de venda de sementes e material de plantação, em que foi estimulado a perguntar sobre mudas de plantas, ou sementes. Retrucava constantemente à essa idéia de plantar algo, dizendo não ter dinheiro para comprar o material e não conseguir realizar tal atividade; em seguida fomos tomar um refrigerante em uma lanchonete; à saída do carro caiu na calçada, permanecendo alguns segundos ai, sendo estimulado a levantar-se e sendo conduzido pelo braço ao atravessar a rua; tomou o refrigerante e constantemente falava que não mais iria conseguir pagar suas contas; junto com o cliente a terapeuta fez os cálculos de seu salário e as despesas que tem que pagar, a fim de ajudá-lo a sentir-se mais seguro sobre suas possibilidades em arcar com suas contas pessoais. Permaneceu negando qualquer possibilidade em poder pagar contas e que iria ficar na miséria. A terapeuta acolheu-o em sua ansiedade, ouvindo suas queixas.

**10/12/99** – Sexta-feira: Cliente acompanhado na consulta ao médico psiquiatra manteve-se menos ansioso. A terapeuta colocou para o médico sobre a proposta de retornar ao trabalho com tarefas como distribuir a correspondência, ao que já havia feito um acordo com a médica do trabalho e a empresa. O psiquiatra acatou a proposta e reduziu a dosagem da medicação da manhã. Cliente deixado em casa, sem muito conversar esse dia.

**13/12/99** – Segunda-feira: Bastante ansioso, o cliente falou que não conseguiu fazer nada na empresa. Falava constantemente que iriam colocar ele no setor de manutenção de novo e que ele não tem condições de trabalhar

lá. Reafirmado que a empresa está apoiando o seu lento processo de recuperação e que só irá desempenhar suas tarefas anteriores se assim ele conseguir desempenhar.

**14/12/99** – Terça-feira: Cliente encontrado no ambulatório da empresa, tremendo bastante e descontroladamente. Colocado deitado na mesa de exames do setor solicitado que dobrasse as pernas, colocando os pés apoiados no colchonete e que apenas respirasse soltando o ar pela boca. Ao conversar com o cliente a terapeuta ouviu do mesmo que na noite que passou havia ‘tentado’ o suicídio, em que pegou uma faca da cozinha foi até o banheiro, olhou-se no espelho, colocou a faca no pescoço e desistiu de realizar, pensando no sofrimento que iria ser para a família. Acolhida sua ansiedade, foi estimulado a ficar de pé para que pudesse ir realizar aquilo que estivesse ao seu alcance na empresa. Esposa foi orientada ao telefone para retirar todos os objetos cortantes e perfurantes do seu alcance, aumentando a vigilância sobre os seus atos, sem contudo deixar de estimular a sua independência nas ações.

**15/12/99** – Quarta-feira: Levado até a empresa, o cliente se demonstrava bastante ansioso, com mãos trêmulas e andar cambaleante. Contudo, ao chegar no local foi encaminhado ao ambulatório de medicina do trabalho, onde ficou ajudando na entrega de material para os trabalhadores. Com certa instabilidade no comportamento, conseguiu adequar-se à situação do momento.

**16/12/99** – Quinta-feira: Levado à empresa, apresentava-se menos ansioso, com olhar expressando tristeza. Foi levado ao caixa eletrônico, onde começou a tremer mãos e suar por todo corpo, afirmando que não tinha dinheiro na conta e que as suas dívidas vão acabar com ele. Mesmo com dificuldade motora, conseguiu retirar o extrato de sua conta bancária e ao verificar que tinha dinheiro, começou a ficar cambaleante das pernas, afirmando que não tinha condições de voltar às suas atividades de trabalho e que iria ficar na miséria com tantas dívidas e que a terapeuta precisava ajudá-lo a pagar as dívidas, iniciando um corolário de queixas e lamentações sem fundamento com sua realidade vigente. A terapeuta portou-se com uma conduta firme, em que afirmava para o cliente que ele primeiramente é que precisava se ajudar e que ela estaria ao seu lado para apoiá-lo em sua dificuldade, porém que não podia confirmar sua ajuda material de dinheiro e nem tampouco desacreditar da sua capacidade, mesmo com toda a sua dificuldade, pois o compromisso dela é com a vida e com o sucesso dele. Por fim o cliente foi levado de volta para o setor do ambulatório do trabalho e lá continuou sua atividade, auxiliando a auxiliar de enfermagem do setor.

**17/12/99** – Sexta-feira: Ao ser buscado para ir até a empresa o cliente não teve condições de ir pois apresentava-se bastante ansioso, andando constantemente pela casa e recusando-se a tomar o remédio, respiração ofegante e andar bastante cambaleante, olhos arregalados e olhar perdido. Afirmava constantemente sua miséria financeira e que suas dívidas iriam aniquilá-lo. A terapeuta procurou apoiá-lo fisicamente colocando-o de pé encostado na parede e pernas semi-flexionadas com os pés firmes no chão, sendo estimulado a respirar, segurando nas mãos da terapeuta. Após acalmar-se um pouco foi levado a ficar sentado no sofá, ao tempo que a terapeuta contactou o psiquiatra, o qual passou Valium para a manhã. O cliente foi deixado menos ansioso, porém acreditando em seu fracasso pessoal referente a sua falta de condições de voltar ao trabalho. Pediu para ser internado no hospital psiquiátrico e ser deixado lá ao lado dos outros doentes. Foi mostrado para ele que o suporte de sua família estava sendo uma prova de apoio importante no seu tratamento.

**20/12/99** – Segunda-feira: Levado à empresa, encontrava-se mais adequado quanto à forma de andar e na sua forma de se comunicar. Contudo a idéia de que está na miséria e que não conseguirá superar suas dívidas é constante. Diz que não tem condições de pagar nem o leite da filha e que é um fracasso como pessoa, além de incompetente. Expressão facial denotando tristeza, sorrir suavemente de forma imotivada quando fala de sua falta de dinheiro. Na empresa ficou auxiliando no ordenamento de fichas no ambulatório.

**21/12/99** – Terça-feira: Levado à empresa o cliente estava com expressão facial denotando tranqüilidade, porém o andar estava desequilibrado e a idéia de que está na miséria permanece. Foi levado ao setor de manutenção para que pudesse ser discutida sua participação no almoxarifado do setor. Não demonstrou muita reação agitada, pareceu andar automatizado, com um sorriso suave e imotivado no rosto, sem muita firmeza no andar. Passou por toda a fábrica, mostrando cada local de serviço da empresa.

**22/12/99** – Quarta-feira: O cliente foi levado ao psiquiatra para nova avaliação. Portou-se de maneira adequada, andando de forma mais firme e comunicando-se melhor com o médico. Foi encaminhado para terapia de apoio individual.

**23/12/99** – Quinta-feira: O cliente não foi levado à empresa. Em casa ainda permanece muito confuso quanto à sua condição real financeira. Refere constantemente que está perdido.

**24/12/99** – Sexta-feira: Levado ao shopping, apresentou comportamento adequado, andando firmemente, e conversando pouco, porém de forma mais ordenada. A sua idéia de estar na miséria permanece, a ponto de referir não comprar uma bonequinha de 3,00 para sua filha por não ter condições.

**27/12/99** – Segunda-feira: Levado à empresa, o cliente estava muito ansioso e andando de forma desequilibrada. Permaneceu no ambulatório do trabalho, ajudando no ordenamento de fichas.

**29/12/99** – Quarta-feira: Em casa, o cliente se encontrava apresentando-se confuso quanto ao seu estado financeiro afirmando constantemente que não vai conseguir pagar as dívidas e que não possui dinheiro para



comprar leite da filha. Refere a esposa que ele não quer deixar nem lavar a roupa da casa, bem como dar descarga no banheiro, pois não poderá pagar a conta.

30/12/99 – Sexta-feira: Levado ao consultório do médico terapeuta, estava falando desarticuladamente, balbuciando as palavras sem consegui expressar-se verbalmente de forma lógica e com clareza. Apresenta andar em marcha e desequilibrado, bastante acentuado. Respiração ofegante e olhar desesperado, expressão facial denotando extrema confusão e sofrimento, bem como ansiedade severa. Não conseguiu estabelecer diálogo, todo o tempo em que esteve com o médico terapeuta.

**04/01/00** – Terça-feira: Cliente em casa apresentando-se bastante ansioso e confuso. Repetia constantemente sua miséria financeira andar desequilibrado severamente e muita confusão no rosto e nas idéias. Foi suspenso pela terapeuta as idas à empresa naquela semana, ao tempo em que foi remarcada avaliação do psiquiatra e pelo médico terapeuta.

**07/01/00** – Sexta-feira: Levado à consulta ao psiquiatra e ao terapeuta permaneceu bastante adequado, conversando e sorrindo de maneira motivada. Andar equilibrado e conversa próxima a coerência, com exceção da constante afirmação de que está na miséria financeira.

(conversa com o terapeuta)

**07/02/00** – Quarta-feira: Levei o Heitor até a barbearia, para cortar cabelo. Encontrei-o ansioso, achando que eu não iria pegá-lo (havia marcado às 14 h. E cheguei às 13:30h) No caminho do barbeiro falou que estava nervoso e que queria morrer. Perguntou-me se eu já desejei morrer. Respondi-lhe que não e questionei se para ele não seria mais fácil morrer, pois não iria passar pelo processo de recuperação que é difícil. No barbeiro, esse me perguntou se ele estava doente, ao que respondi afirmativamente. Ao sair de lá, Heitor me pediu para ir até ao caixa eletrônico do banco, que fica na Empresa, para ver seu saldo e fazer um saque para a Isabel, sua esposa. Ao chegar lá, ficou bastante ansioso em frente ao caixa. Contudo, conseguiu retirar extrato da conta e realizar o saque de R\$ 500,00. Falou duas vezes como ia fazer, se não estava trabalhando e não tinha dinheiro na conta. Porém calou-se ao ouvir a minha resposta afirmativa da presença de dinheiro em sua conta e do contínuo depósito mensal de seu salário, apesar de estar de licença médica pelo INSS. Ao sair do caixa eletrônico, quis ver o Mário (técnico de segurança da empresa, o qual tem bom vínculo com ele). Fomos até o ambulatório e lá se encontrou com ele, falou que estava melhor. Continuava trêmulo e ansioso, porém, saiu um pouco para cumprimentar outras pessoas que estavam próximas ao ambulatório, as quais o recebiam com alegria. Obteve notícias de outros colegas que estavam há muito tempo afastados e que estavam retornando. Pediu para fazer algum serviço na manutenção, ao que ouviu novamente sobre o seu afastamento temporário das suas atividades de trabalho na empresa. Pediu para ir embora e eu o levei para casa. Em casa encontramos sua cunhada e sentamos os três na sala; falei que no próximo encontro de AT ele escolhesse para onde irmos, ele colocou que gostaria de ir na cidade náutica, ao que a cunhada retrucou falando que quando ela tinha um bar lá, ele nunca foi se divertir lá e que agora estava muito cheio de água por causa das chuvas e que, pela travessia de balsa, ele poderia estar querendo “aprontar”. O assunto ficou encerrado. Falei que independente de ele estar totalmente recuperado, poderiam ser feitos passeios com a família. A cunhada referiu sobre quase não conhecerem a praia, ao que sugeri que a época do carnaval poderia ser uma boa oportunidade. Nesse momento o Heitor começou a rir de maneira irônica e virou para a cunhada dizendo: “A Dra. está falando isso, porque quer ganhar mais uns trocadinhos...” Depois veio em minha direção, querendo pegar em meu rosto e rindo de forma imotivada e irônica, tentando dizer: “...não adianta nada disso...” Falei para ele sentar de volta que eu o ouviria do mesmo jeito e que não precisava pegar em meu rosto. Expliquei que para viagens com a família, eu não precisava ir com eles e que lazer poderia contribuir em sua melhora. Ele deitou no sofá e disse: “Eu não vou fazer nada, vou ficar aqui esperando...”- sentou-se no sofá, quase com as costas.

Obs: Sentir muita raiva dessa ironia dele. Sai de lá consciente que estava totalmente contratransferida e deixei-me atingir por aquela frase irônica. Percebi o quanto estávamos vinculados, dentro de mim era como se eu tivesse dizendo: “Miserável, depois de tudo o que estou fazendo por ele, tenho que ouvir isso...!”

**15/02/00** – Terça-feira: Encontrei Heitor em casa, mantendo um certa estabilidade no seu quadro de ansiedade constante. Andamos um pouco pelo quarteirão, e com o sol forte ele pediu para voltarmos para casa. Em casa, pedi para ele pegar as bolinhas de tênis que ficaram nas mãos dele para realização de exercícios e fomos para o alpendre. Lá, ficamos descalços e exercitei com ele o grounding, ele fazia tudo de maneira autômata, mantendo olhos vidrados à frente e respiração forçada, rápida, porém com alguma profundidade. Após esse exercício, solicitei que fosse pisando com um dos pés a bolinha, mantendo o grounding, um pé após o outro. Ele reclamava todo o tempo dizendo que era muito difícil. Em seguida solicitei que ele, ainda em grounding, segurasse a bolinha com as mãos e fosse apertando e respirando, ao que ele começou a ofegar e dizer: “Ai, que raiva (eu falei junto)... Ai que raiva dessa Dra...”, daí, começamos a rir, e eu lhe estimulava a expressar esse sentimento e, penso que interpretei, dizendo como se fosse ele: “Ai que raiva dessa Dra. que não me deixa ir para baixo..., ela quer me colocar para cima...”. Falei rindo e ele também sorria. Pela primeira vez pude perceber um sorriso conectado em Heitor. Pareceu ficar envergonhado por estar demonstrando a raiva.

**17/02/00** – Quinta-feira: Havíamos combinado de irmos ao Bosque Municipal. Cheguei na residência do Heitor e o encontrei já pronto. Perguntei como estava e, como de costume, respondeu: “Ah, não estou muito bom não,

estou sem dinheiro no banco e estou devendo no banco.” Falei se ele achava se ele estava devendo para o mundo, ao que ele respondeu afirmativamente. Disse-lhe que realmente é muito difícil acreditar que não deve ao banco, se acha que está devendo ao mundo. Ele afirmou com a cabeça.

Chegamos ao Bosque e andamos olhando os bichos. Ao ver a anta ele disse: “Olha ai, está parecendo eu esse bicho...” e sorriu ironicamente. Andava todo o tempo como se estivesse cumprindo uma tarefa naquela passeio, rapidamente olhamos todos os bichos e ele logo quis comprar um refrigerante, o qual bebeu quase que de um gole só, em seguida pediu para ir para casa. No caminho sugeri que esse era um passeio que daria para fazer com a Isabel e os filhos, principalmente a mais nova. Ele disse que não adiantava pois não tinha dinheiro para isso.

**22/02/00** – Terça-feira : Levei o Heitor até o varejão perto de sua casa para que fizesse as compras de legumes e frutas. Ele levou 15,00 e ficou preocupado todo o tempo se o dinheiro daria. Contudo, comprou bastante coisa e pediu que o moço entregasse em sua casa. Fomos até sua casa e lá propus exercício com a bolinha de tênis. Antes exercitou o grounding, depois passou a bolinha nos pés, sempre reclamando que estava difícil. Depois apertando a bolinha com as mãos, começou a expressar raiva o que foi estimulado por mim a que colocasse para fora, junto com a respiração. Foi aí que ele disse: “Ai que raiva dessa doutora...!” E riu. Pela primeira vez percebi um sorriso conectado com uma emoção em seu rosto. Ficou envergonhado pelo que expressou e rimos juntos.

**24/02/00**- Quinta-feira: Levei-o ao Banco a pedido dele, para ver o saldo e efetuar saque. Ele quis ir até o caixa eletrônico da Empresa. Porém, estimei-o a ir em uma agência. Lá ele foi até o caixa eletrônico e retirou o extrato. Estava bastante ansioso e errou diversas vezes as manobras no monitor. Depois de posse do extrato, quis falar com o gerente. Fomos até o balcão de informações e ele questionou sobre o seu saldo. Foi esclarecido de que havia dinheiro, mas ele não se convenceu e perguntou se com a dívida que tem ele poderia dar a casa em troca do pagamento. O rapaz disse que seria algo que poderia se conversar mas que não se preocupasse pois estava com dinheiro suficiente na conta e não devia ao banco. O Heitor ouviu, porém ao sair de lá continuou afirmando que devia no banco: “Eu tenho certeza que devo no banco...”. Ao sair do banco não mais falou sobre isso. Passamos em uma sorveteria e tomamos sorvete de duas bolas por 1 real. Ele se espantou e disse: “Isso tudo por 1 real?..” Eu coloquei para ele que ainda existiam muitas coisas que custam pouco e se pode aproveitar prazerosamente, como era o caso daquele sorvete, em uma tarde tão quente como estava aquela. Ao sair estimei-o a comprar sorvete para levar para casa e ele levou, um potinho com sorvete para a esposa e Cristina, sua filha.

**02/03/00** – Quinta-feira: Fomos até a USP, para visitarmos o Museu do Café, conforme ele havia escolhido como passeio. Ao chegarmos lá, descobrimos que estava fechado. Daí fomos até o restaurante do lago, lá mesmo na USP, em que ele comprou sorvete para ele e eu comprei um para mim. Sentamos nas cadeiras que ficam em frente ao lago, de cima. Ele perguntou-me se não poderia entrar no lago, como que sondando para driblar-me e ir se jogar na água. Percebi isso com muita sutileza e reforcei que ali era proibido nadar e pescar e mostrei-lhe a placa com o aviso. Ao sentarmos na mesa, ele observou alguns trabalhadores ao redor que carregava terra em um carrinho de mão, e que passou cantando. Ele disse: “Olha ai, tão humilde e feliz!, Gostaria de estar assim também!” Falei para ele que isso será possível, logo que ele passe por essa fase difícil de dificuldade. Ele disse que não acredita nisso, que tem muitas dívidas no banco.

Nesse dia perguntei um pouco mais de sua história pessoal: Heitor é o filho do meio de 3 filhos, o irmão mais velho foi para São Paulo, quando eles moravam em Orlândia, Heitor tinha +/- 12 anos, estava na 6ª série. O pai trabalhava com cartório, era responsável por 3 cartórios. Nessa época, houve um desentendimento entre ele e o juiz, algo que pareceu que ele se sentia sobrecarregado. Daí, veio para Ribeirão Preto, em que Heitor teve que trabalhar para ajudar em casa, o que também já havia começado a fazer em Orlândia. Aqui, ele disse que não conseguiu concluir a 7ª série, pois que trabalhava o dia todo e à noite não tinha ânimo para estudar. Apesar de precedente esse fato de estar cansado, ele atribuiu a não realização dos estudos por culpa dele mesmo: “Eu não conseguia guardar nada na cabeça, minha cabeça é fraca.” Demorado um pouco, ele pediu para ir embora. Levantamos, jogamos os papéis de sovrte no lixo (no caminho do lixeiro ele recolheu outros papéis no chão).

**09/03/00** – Quinta-feira: Cheguei à casa do Heitor e ele recebeu-me já vestido como que para sair. Quando entrei ele entregou-me um papel, que, segundo ele era para ser entregue na Empresa. No papel tinha escrito: “Depositar 1600 dólares no dia 15. Depositar 1725 dólares no dia 30 para sempre. Motivo de doença. Trabalho sem frequência. Heitor José Humberto. 09/03/00.” Daí ele perguntou se não poderia ir entregar isso na Empresa, falei para ele que o salário dele já estava sendo depositado mesmo ele afastado por motivo de doença. Ele abaixou a cabeça e disse: “Fiquei triste...” E começou a chorar, sem lágrimas. Apertava as mãos e dizia: “Eu preciso de ajuda... Ajuda financeira... Não tenho dinheiro nem para comprar o leite da minha filha... Nem tenho como comprar aparelho de barbear...” Eu fiquei ao seu lado escutando. Ficamos uns segundos em silêncio e eu disse: “Parece que não está cuidando muito bem de sua aparência, sem fazer a barba...”. Em seguida, estimei-o a levantar para ir ver no banheiro se não tinha algum aparelho de barbear. Fomos e ao chegar lá, ele disse que estavam todos velhos. Porém a esposa dele pegou um novo na despensa. Ele fez a barba e disse que não queria mais sair. A Isabel me mostrou um livrinho sobre depressão que recebeu do terapeuta Hugoo e ele começou a ler dizendo que não estava enxergando nada. Não conseguiu prestar muita atenção. Comentou em um momento: “A minha mãe teve o mesmo que eu e ficou boa, minha irmã também, só eu que estou assim inutilizado.” Falei que

são exemplos para que ele perceba que tudo passa. Ele continuou afirmando sobre a falta de dinheiro e levantou-se para me mostrar que não tinha o que comer na geladeira. Havia coisas na geladeira. Perguntei sobre o extrato bancário para que visse seu saldo e ele foi procurar na gaveta. Achou um antigo, o qual registrava o saldo de mais de 4 mil reais, e ele continuava afirmando que não tinha saldo. Lembrei-me nesse momento em que procurava um extrato mais recente, do pirógrafo que já usou tempos atrás, na confecção de objetos de madeira, decorando-os. Ele achou e levou até uma tomada, pegou um pedaço de madeira qualquer e começou escrever o meu nome. Depois levantou-se e disse que não adiantava fazer nada daquilo, que estava precisando era de dinheiro. Eu escrevi o nome dele, a Isabel o da Francielle e ele já de pé impacientava-se com tudo aquilo. Fui com ele até o alpendre e orientei trabalho corporal: pedi para andar pela varanda, descalço, sentindo o pé no chão. Ele começou a dizer que estava ficando cada vez mais nervoso. Pedi para ele parar e fazer grounding, ele se acalmou mais, mas no minuto seguinte começou a ficar ansioso. Pedi para ele sentar colocar a coluna na parede, os pés no chão e respirar. Nesse momento ele vê o pai passando pela praça, para comprar pão, ele comenta e eu pergunto se não gostaria de ir com ele. Fica em dúvida no início, depois resolve que quer ir. Grita o Pai, que não o ouve. Levo-o de carro até o pai e deixo-o, avisando que se tiver qualquer coisa que me avise.

**13/03/00** – Segunda-feira: Fui chamada de emergência pela irmã de Heitor, que telefonava da casa dos pais, (no fundo da casa), dizendo que ele estava agressivo com a Isabel, pois desejava a chave do portão para fugir até o Rio Pardo para se matar. Cheguei lá ele estava deitado no chão do alpendre e foi logo me dizendo que não precisa eu entrar que não queria falar comigo. Entrei sentei no banco atrás dele e fiquei para lá só observando. Escutei ele falar que queria a chave, pois não adiantava mais nada daquilo. Afirmei para ele o quanto era difícil aquela situação para ele e para todos. Ele concordou. Depois veio e se sentou do meu lado. Sempre solicitando a chave e a bicicleta para a Isabel. Entrou em casa e eu o acompanhei. Ele se virou e disse: “A senhora não pára de me seguir, assim fica difícil...”. Sentei-me no sofá da sala e disse-lhe que ali ficaria a disposição dele. Daí, fui até o alpendre onde ele estava e ele falou: “Não disse que ia ficar lá na sala?” e eu respondi: “É mais lá está quente e eu quero ficar aqui fora que está ventilado.” Ficamos em silêncio. Daí veio a Isabel de dentro de casa, quando ele novamente ficou pedindo a chave. Ela começou a falar do quanto estava sendo difícil agüentar aquela situação, como que ele puxou o cabelo de Cristina, pois ela queria que a rede ficasse em outro suporte, que o que ele tinha colocado, enfim, do quanto a família estava a pressionando por ele está daquele jeito, pois que a igreja Universal já daria jeito nele, e que ninguém a não se ela mesma era quem estava tocando a situação sozinha. Nesse momento ela começou a chorar e ele a ouvia deitado na rede. Fui com ela para dentro e a escutei um pouco mais. Ele entrou e quis a chave novamente. Entrou para o quarto deitou na cama e começou a chorar, um choro apertado. Tentei fazer com que ele liberasse mais forte e descarregasse a tensão pelo choro, colocando-o em grounding deitado com o travesseiro nas costas. Ele começou a chorar mais forte, mas logo desistiu e se levantou dizendo que não estava gostando nada daquilo. Foi para a varanda e ficou brincando com um quebra-cabeça. Fui questionar com a Isabel, como que estava sendo dada a medicação dele. Descobrir que ela estava dando Rofenol, que já havia sido suspenso, e Valium, se necessário, 3 vezes ao dia. Pedi que ela marcasse uma consulta com o Dr. Jacinto, a fim de verificar a medicação e falei para ela que caso continuasse dando medicação pela cabeça dela a situação pioraria. Fiz ela perceber que mesmo que ele se demonstre um pouco mais agitado, nervoso, necessitaria de se ter um pouco mais de paciência, a fim de perceber a real condição de se tomar o Valium; além disso alguma dúvida de medicação ela deveria se dirigir ao psiquiatra e sobre o comportamento, seria comigo ou com o psicoterapeuta. Como estava na hora da medicação do meio-dia, sugeri preparar um suco de maracujá e dei o Valium e o Triptanol. Ele tomou sem reclamar. Sai deixando-o brincando com o quebra-cabeças. Durante alguma conversa com ele, solicitei grounding de olhar e afirmei que sentia muito o quanto estava sendo difícil para ele aquela situação; ele quis chorar, estimei-o mas ele parou; depois pedi para me olhar de novo e perguntei em quem ele acreditava, ele disse-me que em Deus; daí afirmei que então ele pedisse a Ele que o ajudasse a sair logo dessa condição e que tivesse paciência de esperar passar, junto com o tratamento que recebe. Durante todas as vezes que dialogamos, ele afirmou a sua falta de dinheiro, que não queria ir a lugar algum e que não iria no médico. Só afirmava que morrendo acabava de uma vez com isso. Falei para ele que também entendia que pela sua doença ele não acreditava ter dinheiro no Banco e que também isso iria passar.

Obs.: Sentir Heitor, muito hostil com todos e principalmente com ele mesmo. Expressou muita agressividade no modo como andava, insistência em pedir a chave, além de muita resistência em descarregar no choro.

**Obs.: 14/03/00** – Terça-feira: (pelo telefone): Liguei para casa dele, pois havia recado para mim de chamado urgente. Ao ligar falei com a Isabel e ela me falou da agressividade dele que estava se tornando insuportável. Ele fazia menção de socá-la, quando insistia na chave e ela não dava. Estava desde ontem sem comer, sem tomar banho e sem dormir direito, pois acordou às 4 hs da manhã, a fim de que ela desse a chave para ele ir se jogar no rio, quer se matar. Falei com ela que infelizmente não se tinha uma solução mágica para o caso, contudo, compreendia o quanto está sendo difícil a situação e que entendia que o ambiente doméstico estava se tornando saturado disso tudo.

Falei ao telefone com o Dr. Jacinto e contei o que estava acontecendo ele sugeriu introduzir uma internação no hospital-dia da USP, pois também achava que o ambiente doméstico estava se tornando saturado e que talvez passando o dia fora de casa as coisas pudessem melhorar. Recomendou que faria um relatório para ser apanhado

pela Isabel em seu consultório à tarde, a fim de que fosse levado até o hospital, passar pelos procedimentos rotineiros do local.

**14/03/00** – Terça-feira: Cheguei na casa de Heitor e o encontrei deitado na cama de bruços, parecendo estar dormindo. O seu pai estava na varanda aguardando a Isabel chegar; sentei ao seu lado e deixei o Heitor deitado como estava. Comecei a conversar com o pai dele a respeito de como estava a situação e ia começando a falar sobre as dificuldades, quando Heitor apareceu na varanda e a Isabel chegou. Ao abrir o portão ele se aproximou dela para que deixasse ele sair. Aproximei-me dele e o afastei. Daí, entramos em casa e ele novamente começou a pedir a chave para ir se jogar no rio. Sentei na sala e comecei a falar sobre a conversa pelo telefone que tive com o Dr. Jacinto (ver observação acima). O Heitor falou que não queria ser internado, que não tinha dinheiro para isso e que estava enrolado de vez. Depois disso andou de um lado para o outro na sala, enquanto o observávamos em silêncio; ele sentou-se no chão ao lado da Isabel, pegou em sua mão e começou a chorar (sem lágrimas). Pediu a chave e disse que queria ser levado ao rio para se jogar lá, pois para ele só tinha jeito a morte. Ficamos um pouco em silêncio e eu perguntei se ele estava querendo água no corpo, ele disse que sim e aí sugeri que fosse tomar um banho no chuveiro que ele sentiria água no corpo; ele negou porém se dirigiu ao banheiro e foi fazer a barba e tomar banho. Enquanto isso a Isabel me falou sobre como estavam as coisas em casa e disse que sempre ele foi “ranhento” e que agora estava tudo aumentado, que coisas que ele não falava diretamente com o pai e com a irmã, estava dizendo “na bucha”, por ex., falar para o pai se mudar para a casa da irmã, que é ali perto e que ela não sai da casa dele; para a irmã se ela não tem casa, pois não sai da casa dos pais. Além disso a Isabel falou que ele sempre foi muito ciumento com ela, de mandar entrar se algum homem estivesse fora, quando ela limpava o portão de casa, ou de não deixar ela tomar umas cervejinhas em festa; de “ficar de mal”, quando algo lhe desagradasse e que ela é que tinha que dar o “braço a torcer sempre”. Ele acabou o banho e sugeri que fosse almoçar; ele pegou o prato, colocou comida e ficamos sentados ao seu lado. Ele em silêncio comeu tudo. Comentei que devia estar sendo difícil para ele essa fase e ele disse: “Eu tô precisando é apanhar...!” Perguntei se não queria sair um pouco e ele aceitou dessa vez. Fomos ao shopping, por sugestão minha, lá olhamos a loja Leroy Merlyn, andamos em todas as seções, tudo em silêncio, rompido por algum comentário banal que eu fazia. Depois fomos ao shopping ao lado, comprei dois sorvetes do Mc Donald’s e continuamos andando, experimentamos um doce alemão, o pretzel, continuamos e sentamos próximos a praça de alimentação e dos cinemas. Perguntei se ele já havia ido ao cinema e ele respondeu que só foi quando era criança e antes de se casar: assistiu Tarzan, Bem Ur, que se lembrava. Perguntei se já pensou em ir atualmente alguma vez e acenou que não. Acabamos o sorvete e saímos andando de volta para o carro. Entramos na livraria e ao ver um aparelho de ouvir CD ele parou e quis ouvir, coloquei o fone em seus ouvidos ele ouviu e achou engraçado, tirou e colocou nos meus ouvidos e eu sorri para ele brincando. Saímos da livraria e passamos pela parte de lojas de móveis e ele referiu que estava se sentindo uma sensação esquisita de estar ali naquele passeio. Falei para ele que às vezes o mundo tem mais coisas e até simples de fazer e que ele não conhecia. Ele concordou. Lado a lado em silêncio, em começou a chorar, sentou em um banco e disse: “Eu queria tanto trazer a minha Isabel pra cá, pra passear...!” Respondi-lhe que isso era possível fazer e ele referiu não saber que ônibus pegava. Ao sair do shopping, perguntei a uma funcionária, qual o ônibus, ela respondeu para ele e entramos no carro de volta. O caminho foi todo silencioso, interrompido por algumas pequenas crises de choro dele (sem lágrimas). Por outras vezes ele disse: “Vida chata essa não é?” Eu lhe respondi que às vezes ela não é chata, e que ele pela seu estado de confusão poderia não estar sabendo olhá-la. Outra vez ele disse, choroso: “Dra., minha cabeça está confusa demais, não estou agüentando mais isso”. Afirmei para ele que podia imaginar o quanto estava sendo difícil. Próximos de casa, ele perguntou-me se eu não o levaria até o rio para se jogar e eu respondi que não. Ao chegar na porta de casa ele desceu vagarosamente do carro. Olhou para a Isabel e disse que queria ter dinheiro para levá-la no shopping. Agradeceu o sorvete. A vizinha se aproximou chamando para irem até a chácara com ela. A Isabel não podia ir e ele se prontificou a ir. Saiu em direção ao carro dos vizinhos e entrou. Sai de lá muito pensativa com tanto conteúdo em 2 horas e meia de acompanhamento.

**16/03/00** – Quinta-feira: (pelo telefone) – A Isabel me ligou, ansiosa pelo estado do Heitor, falou que na consulta com o Dr. Jacinto, ele não modificou a medicação prescrita e deu o relatório, do qual ele havia falado comigo pelo telefone, para encaminhamento para o hospital-dia. A Isabel, me perguntou sobre o que eu achava de ele ser avaliado por outro psiquiatra e referiu sobre o Dr. Godofredo, em cujo consultório trabalha a sua amiga. Falei para ela que deveria fazer aquilo que ela estava se sentindo intuída a fazer e que o cliente tem todo o direito de escolher o profissional que lhe dar confiança. Expliquei sobre o tratamento dele que estava sendo o que há de mais atual, pois que se estava tratando de um doença psiquiátrica, no próprio local do doente, sem excluí-lo do convívio em casa. Ela entendeu e pediu para que eu acompanhasse a consulta com o novo médico. Combinamos positivamente.

**17/03/00** – Sexta-feira: Levei o Heitor e a Isabel à consulta com o Dr. Godofredo; além de antes termos ido ao HD (acrescentar sobre como ficou aí). Entramos os três no consultório e o médico começou a questionar sobre a situação dele. A Isabel começou falando o início da manifestação da doença, de como ele foi ficando como estava. Demonstrava-se ansiosa e a todo o momento me olhava, como que procurando ver o que dizia. O Heitor começou a falar sobre a colaboração da empresa e falou da minha contratação para acompanhá-lo. Nesse

momento expliquei como foi solicitado meu serviço: através da médica do trabalho da empresa, dra. Zilda. Falei de quando o vi pela primeira vez no hospital: catatônico, com dificuldade para andar, necessitando de ajuda para desempenhar as atividades de auto-cuidado cotidiano. O médico continuou a perguntar da Isabel como tudo se originou e por fim pediu-me que falasse sobre o que eu observava sobre o quadro clínico. Falei que verificava a presença de idéias depreciativas sobre si mesmo, uma crítica acentuada sobre si, achando-se culpado de toda situação de fracasso, a idéia persistente de que deve ao banco e que não tem dinheiro, além de atitudes histeriformes, observáveis de maneira sutil, associada aos sintomas característicos da doença que lhe acomete. O médico referiu que ajudou bastante o meu relato e conversou sobre a medicação e questionou sobre os movimentos físicos dele: andar inquieto pela sala, andar em marcha e movimentos involuntários com as mãos. Ele recomendou que fosse feita uma avaliação com o neurologista Ulisses Carrera, do qual ele confia no trabalho, a fim de ajudar mais no diagnóstico. Suspendeu as medicações que ele está tomando: Clorpixol, Tryptanol e Valium, em substituição de Prolift e Fenegan. Segundo ele as outras medicações estão fracas para o caso dele e que essa nova é um anti-depressivo e anti-psicótico mais potente e que poderá ajudar mais. Falou sobre o preço da medicação ser caro e deu uma caixa de amostra que tinha no consultório. Saímos de lá, deixei-os em casa.

Observei no Heitor, enquanto esperávamos na sala de espera, seu estado regredido com a esposa. Chegou junto a ela e começou a choramingar como criança, em seu ombro, pedindo para ir embora. Ela disse: “No fundo sempre foi assim, muito dependente de mim, comida no prato sempre, roupa na mão para trocar, tudo em casa depende de mim.”

**20/03/00** – Segunda-feira: (pelo telefone) Liguei para Heitor e falei com ele, percebi sua voz bem melhor ao atender. Falei com a Isabel e ela me falou sobre como passou o fim de semana: saíram no Sábado, foram até a chácara do vizinho, ele nadou, conversou com as pessoas, ajudou a lavar pratos e não pediu para ir embora. Ficaram até às 21:30h. Isabel referiu que apesar de apresentar-se diferente no comportamento, de Sexta para Sábado ele dormiu das 22 até as 2 h e daí não pregou olhos, ficou olhando para o teto. Tomou a medicação no Sábado de manhã e à tarde ela falou com o médico que falou caso fosse necessário, tomasse outro à noite. Ela disse que não deu à noite. E de Sábado para Domingo ele não dormiu. Isabel fala paramim o quanto está se sentindo estressada com a situação e solicita ajuda para ela. Faço encaminhamento então para terapia de apoio, o que é bem aceito por ela.

**20/03/00** – Segunda-feira: Acompanhando até a consulta com neuro. Heitor estava bastante inquieto, não conseguindo ficar muito tempo esperando sentado o momento da consulta. O médico me perguntou sobre o histórico da doença, principalmente sobre medicações, que já havia tomado, desde o início até hoje. Passou eletroencefalograma e tomografia para ser realizado como diagnóstico para afastar qualquer suspeita em relação a doença neurológica. Falou que aparentemente ele não teria nada de neurológico, que poderia ser por impregnação medicamentosa o andar em marcha e às vezes cambaleante. Levei o Heitor, até retorno com o Dr. Godofredo. Ele continuava sem dormir direito desde o Sábado e quando dormia era por +/- 3horas. O médico passou 2gr. de Rolyplol, para ser tomado à noite, até a Quarta-feira à noite e na Quinta ele novamente iria avaliá-lo. Heitor permanece inquieto, andando de um lado para outro e sem conversar. Quando fala refere sobre sua dívida no banco e o estado de miséria em que irá ficar.

**21/03/00** – Terça-feira: Fui até a residência do Heitor, que se encontrava tomado banho, de short, acompanhado do pai, pois a Isabel havia ido até a escola buscar a filha. O pai assim que eu cheguei, retornou para casa e me deixou só com ele. Heitor me chama para sentar ao seu lado e começa dizer que está na ruína, que não em dinheiro no banco, que quer voltar a trabalhar para poder novamente sustentar a família. Falou que entrou na depressão e que já tentou de tudo mas não consegue sair dela. Que sua cabeça esta muito confusa. Enquanto falava seu corpo estava todo arrepiado como que com frio, porém quando questionado sobre isso referiu não estar sentindo frio. Apertava as mãos ansiosamente. Realizei exercícios corporais, grounding em pé e depois com a bolinha de tênis, ir apertando pontos de tensão nos pés. Ele referiu não está sentindo nenhum ponto de dor, contudo fez os exercícios, pedia que ao mesmo tempo ele fosse respirando, colocando som no ar quando sai pela boca. Ele fez e saía um som não muito alto mas com aspecto gutural, com queixos cerrados. Depois pedi para sentar no banco, colocar a coluna na parede e respirar, com os pés no chão.

**28/03/00** – Terça-feira: (casa) O Heitor estava ainda apresentando tremores nas mãos e o corpo enrijecido. Não dormiu à noite e, segundo a Isabel está sempre lhe agarrando atrás da chave do portão querendo fugir. Nesse dia parecia melhor discretamente em sua ansiedade, esboçou sorriso mais conectado, mas não conversou muito.

**29/03/00** – Quarta-feira: retorno ao psiquiatra. Durante o trajeto até o consultório não falou. Referiu que iria ficar melhor ao ver sua conta no banco. Parecia melhor da ideia de que deve no banco. O médico referiu observar sua reação favorável ao uso do novo medicamento introduzido: Ludiomil-75mg, 1 comp./Melleril-100mg, 1 comp. à noite. Conversei com o médico a respeito da perspectiva de retorno ao trabalho, ele referiu que dentro de 3 meses poderia ser que já estivesse em condições de voltar, ou até antes disso. Ao sair do consultório, fomos até o banco para ele ver seu saldo e efetuar saque, contudo, com mãos muito trêmulas, errou a senha por 3 vezes, sendo que o banco bloqueou sua conta. Apesar disso, ele pareceu entender o acontecido, sorriu com o episódio. Deu para verificar o saldo, o que ele referiu ficar melhor em ver que tem dinheiro disponível. Saímos do banco

para o carro e no meio do caminho eu me esqueci aonde tinha colocado o carro e ele brincou: “A dra. está precisando de psiquiatra...” Rimos muito e percebi que ele estava mais adequado e demonstrando melhora. Ao deixá-lo em casa ele desceu do carro agradecendo e, por iniciativa dele, combinamos de fazer suas compras de supermercado, no dia seguinte pela manhã.

**30/03/00** – Quinta-feira: O Heitor fez supermercado. Levou no bolso a lista de compras e o dinheiro. Fomos até um supermercado que costuma fazer compras e lá, eu segurei a lista e fui lhe ajudando, falando os itens que precisava levar. Empurrávamos o carrinho, alternadamente. Por vezes ele cambaleava e suspirava ansioso. Eu o encorajava a dar uma ligeira parada, respirar, se equilibrar e retornar ao que estava fazendo. Quando acabou de fazer as compras fomos ao caixa, e lá ao aguardar saber o preço do ovo de Páscoa que comprou para sua filha (sugestão minha e acatada por ele), ele ficou ansioso, andando de um lado para o outro. Encorajava-o a respirar e aguardar um pouco. Ele não falou durante todo o momento das compras. No caixa, ao ver a moça do caixa, referiu como ela estava calma. Eu lhe disse que cada pessoa tem um jeito de ser e que todos são diferentes entre si. Saímos de lá, após ele pagar as compras e pedir para entregar em casa. Deixei-o em casa e ele disse: “Nem sei como agradecer a senhora, por tudo que está fazendo por mim” Sorrir e lhe disse: “Ainda vamos ter muito tempo pela frente...” E rindo disse também: “Pensa que vai ficar livre de mim, muito rápido...?” e rimos juntos.

**01/04/00** – Sábado: urgência. (tentativa de suicídio). Nesse dia recebi um telefonema da Clotilde, cunhada do Heitor, que me ligou a pedido da Isabel. Contou-me ela que foi dormir na casa deles, a pedido da Isabel, pois o Heitor estava querendo a chave para fugir a toda hora, além de estar difícil de dormir. Por volta das 2:30h da manhã, a Clotilde disse que o Heitor ao passar pela sala, onde ela dormia, tropeçou em seus pés e foi para a varanda da casa. Após alguns minutos, ela ouviu um barulho na porta de ferro da garagem e foi ver o que era. Encontrou o Heitor, com as cordas da rede no pescoço, em cima de um banco. Ela gritou a Isabel e correu para tirar as cordas do Heitor, que desceu do banco e, segundo ela, foi para o banheiro, pentear os cabelos. Não dormiram mais à noite, ele ficou acordado. Pela manhã ligaram para o médico, que dobrou a medicação: Melleril 100mg, 2 comp./ Ludiomil 75mg, 2 comp.- pela manhã e à noite.

Fui até a residência dele e o encontrei com as feições abatidas, mais contido, olhos arroxeados das olheiras. Já havia tomado a medicação. Falou-me de sua necessidade de voltar a trabalhar, pois precisa sustentar a casa. Estimulei-o nessa idéia reforçando que isso iria ajudá-lo a logo está em condições de trabalhar. Sai de lá ele levou-me até a porta. Parecia mais calmo. Na saída a Isabel falou que ele fica muitas vezes calmo na minha frente e depois somente com ela, ele fica agressivo, querendo chave. Percebi durante a visita que o filho mais velho, o Ronie, estava tristonho e calado. Sentou-se na sala e nos acompanhou até a varanda, sem dar uma palavra, nem esboçar nenhuma palavra. A Cristina, correu até o carro, para me dar um beijo pela janela.

**03/04/00** – Segunda-feira: Até o meio-dia, não consegui comunicar-me com o Heitor. Seu telefone toca e ninguém atende. Liguei para o consultório do Dr. Godofredo e falei com a Graça, secretária e ela falou que lá eles não entraram em contato hoje. Procurou e passou-me o telefone de seu pai. Liguei, falei com muita dificuldade com a mãe do Heitor, D. Maria, que disse não saber para onde foram ele e a Isabel, pois saíram logo cedo. Consegui falar com a Isabel, próximo ao meio-dia e ela informou que haviam ido à perícia médica do INSS e passaram a manhã toda. Falou que o Heitor não tinha dormido direito, ficando durante a noite conversando como que se estivesse trabalhando na Empresa, pedindo para passar roela, parafuso, ferramentas, ao lado de fazer gestos com as mãos de que estava puxando alguma coisa.

As 16:30h, fui até a casa do Heitor para levá-lo ao retorno com o Dr. Godofredo. Ele veio até o carro andando com as costas para trás, pernas mais para frente, como que se estivesse jogando o corpo inclinado para trás. No caminho conversou bastante e falava que queria logo alta para voltar a trabalhar. Disse que já estava em condições de ir após 7 dias. Falou do tanto de despesas que estava tendo com seu tratamento e de como estava recebendo o pagamento pelo INSS, algo sobre a média salarial do que recebia quando na ativa. Falei que ainda não estava em condições de voltar a trabalhar e que quanto aos gastos, estavam sendo cobertos pelo seu convênio. Ao chegar no consultório do médico, na sala de espera ele andava de um lado para outro, referindo que sentia as pernas fracas e as articulações endurecidas, um pouco doloridas. Ao ser questionado de como estava sentindo essa sensação dolorosa, disse que: “Dor eu não sinto... não sinto nada de dor...” e voltou a caminhar, pois nesse momento estava sentado. Foi até o fundo da clínica e eu o acompanhei. Achou um porta e queria abrir para sair por ela. O conduzi de novo à sala de espera e estimulei-o a respirar fundo, soltando o ar pela boca e procurando sentir os pés no chão. Assim ele fez.

No consultório, ele falou para o médico que estava bom e que queria voltar a trabalhar. O médico falou que ainda ele não poderia voltar ainda, pois não estava bem estava doente e precisava se tratar primeiro. O Heitor falou para mim se ficava difícil de levar ele para a Empresa todo dia e eu lhe respondo que teria tempo para pensar no retorno ao trabalho e que eu iria ajudá-lo nesse retorno. Falei que poderia ajudá-lo a realizar outras coisas antes da sua volta ao trabalho. Ele concordou e ficamos todos em silêncio por um instante. O médico me perguntou o que eu estava achando de sua fala. Eu coloquei que ele estava conversando mais, focando muito o retorno ao trabalho e falava de maneira ansiosa e entrecortada. O médico falou que estava percebendo alguma sutil diferença, parecendo que o discurso estava mais coerente. Concordei e coloquei sobre a melhora do Heitor em sua percepção corporal, falando sobre as articulações estarem enrijecidas e as pernas fracas, contudo

demonstrando mais disposição. Dr. Godofredo falou que o HD poderia chamá-lo ainda essa semana, mas que caso ele melhorasse, com a nova medicação que introduziu (Risperdal – 2mg, 2 comp. 2/dia (12/12h), ele deveria dispensar o chamado do HD e continuar sendo tratado em casa. Concordamos, ficando a afirmação do aumento da vigilância sobre seu comportamento.

**04/04/00** – Terça-feira: Cheguei na residência do Heitor ele estava, tomado banho e trocado a roupa, me esperando. Recebeu-me sorridente e perguntando se era possível irmos ao supermercado, comprar mais leite e outras pequenas coisas que havia esquecido. Afirmei positivamente seu pedido e saímos. Passamos no supermercado, ele comprou mais 5 caixas fechadas de leite e mais 1 kg de café, além de um pacote de bolachas e aparelho de barbear. Ao irmos até o carro, ele perguntou se iríamos caminhar. Falei que era possível isso. Entramos no carro e perguntei se caso ele gostaria de ir em algum outro lugar. Ele falou que eu que sabia e após estímulo para que ele mesmo escolhesse o local, ele disse que poderíamos ir ao shopping. Estava no caminho, quando avistei um local cheio de árvores e um pórtico em frente. Comentei sobre o lugar e ele disse que se tratava do Educandário. Perguntei se ele já havia entrado lá, ele disse que há muito tempo atrás. Eu sugeri que ao invés do shopping, não gostaria de tentar entrar ali e caminhar sob as árvores. Fiz o retorno com o carro e ao chegar na porta, perguntei se poderíamos entrar. O porteiro foi muito receptivo e pediu-me um documento. Saltei do carro, entreguei o documento e perguntei se poderia caminhar sob as árvores. Ele observou o Heitor e disse: “Ah, sim, vocês querem fazer tipo trilha, não é? Olha pode sim.” E olhando para o Heitor disse: “Abraça uma árvore bem grande e pegue energia com ela. É muito bom, viu?” Entramos, parei o carro mais adiante próximo a uma árvore. Descemos, começamos a andar e olhar ao redor. Adiante encontramos um senhor, morador dali e ele perguntou se havia casa para alugar ali. Conversou um pouco com esse senhor e continuamos a andar. Chegamos a capela do lugar e olhamos pelo vidro da porta, pois estava fechada, o santo era São José. Heitor ajoelhou e rezou em frente a porta. Fomos ao lado da capela, onde tem árvores e sugeri que poderíamos tirar os sapatos e andar na grama. Caminhamos, avistamos a cidade, do alto e ao retornar sugeri que ele abraçasse mesmo uma árvore, pegando a energia da natureza, para ajudar em sua recuperação. Ele abraçou 3 árvores e respirava fundo quando abraçava. Aguardei o seu ‘ritual’, calçamos os sapatos e voltamos para o carro.

Ele falou que quando criança, com aproximadamente 12 anos, pediu ao pai para comprar um sítio, para eles morarem. Referiu que o pai ganhava bem com o cartório que tinha, mas não sabia cuidar do dinheiro. O sítio não foi comprado. Esse desejo permanece nele ainda hoje. O Heitor afirmou que iria comprar um sítio para viver, plantando e explorando a terra. Falei que ele enquanto isso, poderia mexer com o terreno ao lado de sua casa, limpando e pensando no que plantar, a fim de poder se ocupar, fazendo o que sabe fazer bem, trato com terra, ajudando na sua recuperação, pois que é muito bom ocupar-se de outras coisas. Ele achou boa idéia e quando chegou em casa, mostrou-me o terreno. Disse que já havia cultivado cogumelo, como negócio, com o irmão e a cunhada. Contudo, não foi adiante, pois o comprador do produto que era o Japão, começou a comprar da China. Falou que vendia para um atravessador que vendia para o Japão. Sai de sua casa, deixando-o animado com a idéia de poder fazer algo nesse terreno. Deixei claro que o apoiarei no que for preciso para que possa realizar algo que deseje e esteja ao seu alcance.

**04/04/00** (à noite pelo telefone): Isabel me ligou, falando de como estava o Heitor na cama: inquieto, falando com colegas de trabalho, fazendo gestos como quem toma café na mesa, de quatro em cima da cama e por fim deitado amassando travesseiro, tirando e pondo a fronha. Pedi que ela ligasse para o médico perguntando se não poderia tomar o remédio antes das 11h. Ela ligou e me disse logo depois. Orientei que desse o remédio e após desse um suco de maracujá, ou um chá, ou um leite quente, p.ex., mesmo que não tivesse um efeito sobre ele. Falei que evitasse falar com ele na cama. Apenas ficasse ao seu lado, solicitasse que deitasse na posição que gosta e pedisse a ele que prestasse atenção na respiração, de forma suave, para que pudesse relaxar. Encerramos o telefonema, com a minha torcida de que o Heitor dormisse essa noite, coisa que ajudaria a ele se entregar ao cansaço do seu corpo, pois já fazem 15 dias que ele não dorme direito.

**05/04/00** – Quarta-feira: Cheguei à residência do Heitor e encontrei-o, trocando de roupa, querendo ir até a Empresa, para conversar com o Humberto para que ele pudesse ajudar, dando o seu salário sem ele estar trabalhando. Ele falou: “Para falar a verdade, os meus filhos vão andar tudo pelado, e não vão ter o que comer, eu vou andar pelado qualquer dia, a polícia vai acabar me prendendo, a minha casa vai aparecer nos jornais e revistas do mundo todo, para porque eu vou perder ela. Como que vai ser para a Empresa, pois mundialmente, não vai ficar bem para a empresa eu estar assim, eu queria que eles me ajudassem...” Enquanto falava, tremia as mãos, estava com a postura novamente encurvada, pés sem firmeza, apoiando-se nos calcanhares, desequilibrando-se a todo instante. Sugeri irmos até a praça em frente à sua casa, ele aceitou e sentamos no banco. Falei para ele que ele não estava desempregado e que estava recebendo seu salário pelo INSS e que a empresa já estava ajudando-o através do tratamento. Ele apenas ouviu e repetiu tudo que já havia dito sobre a situação que iria ficar ele sua família. Eu apenas ouvi atentamente, procurando não falar o contrário. Ele também disse: “A verdade é a seguinte, isso é, é o que eu penso que é verdade, eu sou fraco da minha cabeça e não consegui acompanhar as mudanças que aconteceram no meu trabalho. Eu tenho um monte de livro até em inglês, sobre o meu trabalho, mas não adiantou eu não consegui acompanhar. A senhora vê, eu não tenho nada fisicamente, tem gente que recupera rápido e eu não vou conseguir, a senhora pode ver que eu não vou

conseguir, não vai adiantar se eu for internado, no HD, porque o problema é comigo mesmo, nada que for feito vai adiantar.” Falava e tremia as mãos, esfregava o rosto, sentado encurvado no banco da praça. Pedi que se levantasse e caminhasse na grama com os pés descalços, procurando apoiar todo o pé no chão, principalmente os dedos que se encontram em suspenso do chão. Fui junto com ele realizando os movimentos que pedia que fizesse. Em posição de grounding, frente com ele, pedi que me desse as mãos e que fosse inclinando o corpo para frente, para sentir o peso do corpo na parte superior da frente dos pés. Pedi que fosse andando, colocando primeiro os dedos no chão, depois o calcanhar, parando um pouco e apoiando todo o corpo nos dedos dos pés, um de cada vez. Percebi que era muito difícil ele realizar esses exercícios. Seu corpo permanecia como que apoiado pelos calcanhares, como os dedos suspensos; quadril voltados para frente, nádegas com um aspecto “encolhido” para dentro; ombros caídos, peito encurvado para dentro; rigidez nos omoplatas, parecendo os ombros estarem em uma só posição, sem sinais de flexibilidade. Queixou-se de fraqueza nas pernas. Pedi que fosse exercitando o ‘chute’ com as pernas, trazendo um pouco de energia para o corpo. Muitas vezes ele falou que sua corrente estava intermitente (termo de eletricidade), e que ele não estabelecia uma corrente contínua. Estimulei-o a respirar na realização dos exercícios, para que pudesse alimentar a energia do corpo. Perguntei em eletricidade o que carregava eletricamente alguma máquina e ele respondeu que era o ‘capacitor’. Dessa maneira, aproveitei para estabelecer uma analogia e disse que no nosso corpo o capacitor é a respiração, que sem ela não temos energia para fazer as coisas.

Entramos em sua casa e perguntei se não queria ver o que poderia ir fazendo no terreno. Ele aceitou, colocou as botinas e foi. Lá foi pegando os galhos secos do pé de maracujá, e foi colocando nos pés das bananeiras, disse que virariam esterco. Percebi que ficou facilmente cansado e pedi para que parasse um pouco e fosse descansar. Estava a Cristina junto e ele chamou ele e perguntou se ele lembrava de uma vez que ela fez algo com algum animal, não entendi bem. Chamou-me atenção o jeito que o Heitor respondeu para ela, com uma expressão de sorriso e olhando para ela enquanto falava. Chama ela de ‘Nenê’. Quando entramos ele falou com ela dos pés sujos. Percebi que ela queria lavar os pés. Ele pediu à Isabel. Contudo, quando falei que ele poderia fazer com ajuda, ele se prontificou e lavou os pés dela com uma escova que tinha no tanque. Achei que a escova era muito grossa e falei: “Pera ai pai, olha que o meu pé não é calça jeans...” Rimos todos. Falei como se fosse a própria criança falando. Na saída, ele ficou olhando muito para a filha e dizendo: “Ela não gosta mais do pai.” Enquanto a filha corria de um lado a outro, sem deixar que ele a segurasse. Ela voltado pra ela perguntava: “Você gosta do pai filha?” Ela não respondia e continuava a correr, com um rosto de choro e não respondeu. Tentei contornar a situação falando para ele que isso era confuso para ela. Olhei para Cristina e falei que o pai estava meio confuso, mas que isso ia passar. Ela pediu para acionar o controle do carro. Deixei e ela sorriu. Sai, percebendo quão ansioso estava o Heitor.

Orientei a Isabel a falar com o médico sobre o sono dele, que havia percebido pelo que ele referiu, que era um sono agitado e muito interrompido, seguido de imagens do trabalho, situações de trabalho com os colegas. Caiu da cama 3 vezes essa noite, o que fez com que acordasse assustado. Ele disse que sentiu que deu cochilos, acordando muito assustado.

**05/04/00** – (pelo telefone): Liguei para saber como o Heitor havia passado o dia. Ele mesmo atendeu o telefone e disse que ficou o dia reclamando das coisas, achando que a família vai ficar pelada, e muito ansioso, mas que agora estava mais calmo. Quando perguntei sobre a medicação, ele chamou a Isabel para responder. Merlene falou que o r. Golfeto achou favorável a resposta à medicação, quando ela referiu como tinha sido o sono dele. Passou mais 2 mg, ou mais 1 comp. às 14hs. e 1 comp. de Fenegan. Ela falou que às 16hs ele estava mais calmo. Ele irá tomar mais 1 Comp. do Risperdal à noite, outro amanhã pela manhã e ela irá ligar para o médico, conforme o combinado com ele.

**06/04/00** – Quinta-feira: Encontrei o Heitor, na varanda de sua casa, deitado no chão, sobre uma colcha, e um travesseiro. A Isabel falou que a noite foi menos ruim do que as outras, pelo menos deu para ela dormir ao lado dele. Falou que durante à noite ele dava uns tremores no corpo, andou um pouco pela casa, contudo não falou dormindo dessa vez. Falou que o HD chamou e pediu que fosse amanhã pela manhã, para fazer avaliação. Também disse que ele tem retorno com o Dr. Godofredo amanhã às 13:30h.

O Heitor estava trêmulo, muito ansioso, subiu no balcão que tem na varanda, deitou, depois desceu de novo, andou, deitou no chão de novo e ai sentei no chão ao seu lado. Ele foi falando o quanto que estava sendo difícil a sua situação, que não ia ficar bom nunca mais, pois isso era mal de família, que não ia adiantar ir para o HD, pois cada vez que ele muda de médico ele fica mais ansioso. Falou: “A verdade é que eu não consegui acompanhar a evolução eletrônica, mesmo tentando e a a. Já viu meus livros, eu tentei mas não consegui. Na Empresa, mudou a parte elétrica das máquinas, e eu não soube fazer, foi ai que eu me dei mal. Eu queria que a empresa pudesse depositar o meu salário na conta, mesmo sem eu trabalhar, pois minha dívida é muito grande. Eu tô devendo muito. Antes eu tivesse tido alguma coisa física, como Ter quebrado uma perna, pois já estaria curado, mas esse problema de cabeça não tem jeito, eu não vou ficar bom nunca.” Dizia isso, enquanto sentava, levantava, deitava. Enfim, pedi que ele deitasse de costas no chão, apoiando os pés no chão (grounding deitado); estimulei a apoiar a cabeça no travesseiro, pois que estava se deitando e deixando a cabeça suspensa; na posição, pedi que fosse respirando, colocando o ar no peito. Ele conseguiu realizar esse movimento, no qual ficou um



pouco mais calmo, cerca de 2 vezes de aproximadamente 2 min. Depois não mais conseguia e se levantou e começou a andar ansiosamente. Sugeri darmos uma caminhada no quarteirão e ele aceitou de pronto.

Saimos caminhando e eu estimulando que ele firmasse as pernas ao andar, procurasse sentir os pés no chão, com todos os dedos, lembrando o exercício do dia anterior. Ele tentava, eu estimulava a respiração, ele respirava, mas referia que não conseguia sentir firmeza nas pernas. Passamos na casa de sua cunhada Clotilde. Ele quis entrar e a Clotilde nos levou até os fundos onde tem uma espécie de chácara. Na sala de sua casa ele me mostrou um quadro que havia feito em 1980, com o pirógrafo. Durante a visita ele pareceu mais calmo, embora tivesse muito inquieto, não conseguindo ficar parado muito tempo. Voltamos, por um outro caminho mais curto, no qual ele disse que economizaríamos 20% do trecho em que chegamos lá. Eu sorri e falei: “Sempre calculando né...?” Ele também riu e disse: “É...”. Deixei ele em casa, combinamos a ida no dia seguinte no HD e no médico.

**07/04/00** – Sexta-feira: Levei o Heitor e a Isabel até o HD, para avaliação dele. O Heitor estava bastante ansioso e dizendo que não iria gostar de ficar internado em hospital, pois o clima era muito pesado. Ao chegar lá procurei a Assistente social; quem nos atendeu foi uma aprimorada em Serviço social do HD. Ela colheu toda a história do Heitor, desde o nascimento até atualmente. Enquanto ele respondia, andava pela sala de um lado ao outro e pedindo ajuda para sair dessa. A entrevista durou cerca de 1h e meia. Depois foi a vez da médica residente, que fez sua entrevista focada mais no problema psiquiátrico, também colhendo a história desde o início dos sintomas. Observei que quando foi falado da tentativa de suicídio, a médica insistiu, veementemente na questão, o que notei que o Heitor ficou deveras agitado: tremia todo o corpo enrijecido, cerrando os dentes e o queixo; procurei segurar em suas mãos, ao que ele ficava um pouco menos ansioso. Contudo, continuava levantando-se, andando de um lado a outro e até saindo da sala até a área externa e voltando. Essa entrevista durou cerca de 1h, sendo depois a reunião da equipe do HD para verificar o encaminhamento do caso. Ficamos esperando a reunião por volta de umas 2hs, tempo em que o Heitor andava sem parar, deitava no banco, no chão, ia até o portão, conversava com algumas pessoas perguntando se eram pacientes dali. Enfim acabada a reunião, foi colocado que ele não poderia ficar ali, pois estava recomendada uma internação por período integral, pelo enorme risco de fuga e suicídio que ele havia evidenciado na entrevista. O encaminhamento foi de que ele deveria sair dali para a EU, com alguém da família à disposição, para que fosse internado ou no Sta. Teresa, ou no HC. Contudo, a Isabel não dispunha desse tempo de ficar em uma unidade de emergência com ele, além de ser observado que se era assim ela preferia ficar em casa e ser providenciada a saída para o lugar onde ele já fosse ficar internado. Foi feito um relatório para o médico dele. Saímos às 12:30h.

Às 13:30h. estavam Heitor e a esposa no médico, eu cheguei às 14hs. Lá foi resolvido que eu iria contatar com a Empresa, para ver a disposição em interná-lo em Itapira. Fiz a ligação de lá mesmo e assim confirmei essa disposição da empresa. O Dr. Godofredo prescreveu ele para o final de semana, enquanto as providências iriam ser tomadas. Deixei ele em casa e orientei a Isabel para que ficasse atenta, pois aquele foi um dia muito agitado para ele, o que poderia propiciar uma atitude mais abrupta de autodestruição e desespero.

**08/04/00** – Sábado: Liguei para saber do Heitor e falei com ele. Estava ainda ansioso, contudo conseguindo melhor diálogo pelo telefone. Falei com Isabel que me disse que ele havia dormido um pouco melhor aquela noite, ou seja, mais tempo; foi dormir às 22h e acordou às 4h. Ela também se levantou pois estava sozinha na vigilância a ele.

Fiz contato com o Fabrício na Empresa e acertamos a internação em Itapira. Liguei para o Hugoo e o Dr. Godofredo, solicitando os relatórios para serem enviados ao hospital, pois tudo estava sendo encaminhado para Segunda-feira internar.

**10/04/00** – Segunda-feira: Peguei o Heitor e a Isabel para levá-los até a UNIMED. Falamos coma assistente social, conforme combinado. Liguei para o Mário, combinando o horário de levarmos até Itapira. Às 13h. saímos daqui, o Heitor estava muito ansioso, porém atendendo as intervenções. Segurava em sua mão, oferecendo confiança e apoio. Ele segurava as minhas mãos com força e dizia: “Ana Celeste, me ajuda, por favor...” Durante o caminho, ele recostava, levantava a cabeça, dizia que não queria ir, abraçava-se com a Isabel, pedia ao Mário para levá-lo de volta. Ao chegar lá, procurei a assistente social Selma, que nos conduziu para falar com a psicóloga. Entramos e ela começou entrevista perguntando da origem dos sintomas. No decorrer, entreguei os relatórios, meu e do Hugoo com todas as informações referentes ao quadro geral. Heitor andava pela sala, deitava no chão, dizia que queria ir embora. Quando falado sobre a tentativa de suicídio, ele olhou para mim e disse: “Você foi falar para ela que quero me matar?” Eu respondi que isso era necessário ser dito para que fosse possível ser ajudado a ele não realizar tal coisa, pois no momento ele não consegue ver de outro jeito. Ele sentou-se do meu lado e eu segurei as suas mãos e falei: “É para ajudar viu, que todas essas coisas estão sendo feitas, tá?” Saimos da sala e ele foi atendido sozinho pelo psiquiatra, que depois chamou a Isabel e conversou também a sós. Enquanto ela falava com o médico, o Heitor andava de um lado para outro, deitava no banco, levantava, enfim, estava bastante ansioso e inquieto. Mas, quando vieram buscá-lo para as acomodações que iria ficar, ele foi andando calmamente. Ele abraçou o Mário e pediu mais uma vez que não queria ficar. Fomos eu e a Isabel, a pedido meu, levá-lo até a porta da unidade que ele ficou; essa se tratava de um lugar de cuidados intensivos, próprio para vigilância 24h, devido ao risco de suicídio presente nele. Não podemos entrar no setor e falamos com ele pela janela.

No carro a Isabel falou que estava preocupada com a conversa do médico, que esclareceu que o caso dele é grave e que se for necessário ele iria tomar eletrochoque, com todos os cuidados que são necessários a tal procedimento. Isso se ele persistisse com as idéias que lhe seguem. Isabel chorava muito com medo desse tipo de procedimento e eu também fiquei preocupada, receando ser um lugar muito bonito, só por fora.

Na estrada o clima estava tenso dentro do carro. O Mário, Isabel e eu estávamos mobilizados emocionalmente. Percebi o Mário sem respirar, ombros para cima e olhos bem abertos, sem conversar nada. A Isabel só chorava atrás e eu procurava respirar e mexer o corpo no banco do carro para não paralisar na emoção; tive vontade de chorar e não me permitir por estar no papel da terapeuta ali, não poderia desabar. Mais adiante, depois de estar conversando com o Mário para lhe distrair, percebi que ele foi ficando mais tenso, olhei para ele e falei: “Você não está legal...” Ele fez sinal com a mão para eu esperar, desviou o carro para o acostamento, abriu a porta e começou a vomitar. Eu soltei o seu cinto de segurança, liguei o pisca-alerta do carro e esperei ele acabar. Quando terminou, ele se levantou para fora do carro e eu sai também. Ele pediu para tirar a camisa, tirou, eu pedi para que ele se acomodasse encostado no carro, com as pernas semi-flexionadas e respirando. Ele foi agachando e continuou respirando de cabeça baixa. Percebi que ele havia melhorado, pois se levantou dizendo Ter passado a dor de cabeça que estava se queixando antes. Eu resolvi tomar a direção do carro. Parei no primeiro posto que apareceu, desci e disse: “Agora eu preciso cuidar um pouco da terapeuta...” Tomei um café, fui ao banheiro. Trouxe um pouco de café para o Mário que não quis muita coisa. Procurei esticar o meu corpo, deixar um pouco o clima mais leve, admitindo que a situação foi difícil para todo mundo. O Mário morria de vergonha por estar sem camisa e por Ter se sentido mal. Eu o encorajava, dizendo que ele por ser muito sensível, absorveu tudo e não suportou vomitando. Ele falava do almoço na empresa que não tinha sido legal. Eu o ouvia, enquanto dirigia o carro, melhor mais ainda muito tensa. Via que não tinha outro jeito a não ser assumir o volante, pois que o Mário ainda estava abalado e meio zozzo, como ele mesmo falou.

Chegamos em Ribeirão às 20:30h, o Mário ficou na Empresa. Peguei o meu carro e deixei a Isabel em casa. Fiquei bastante cansada esse dia e emocionalmente abalada pelo tanto de coisas que tive que dar conta.

**03/05/00:** Quarta-feira: Até hoje tive vários contatos com a Isabel. Que me fala do Heitor. Falou-me que já tomou 2 aplicações de eletrochoque e que já se comunica com ela pelo telefone bem melhor do que antes. Ela foi visitá-lo no Domingo de Páscoa e achou que ele estava bem melhor, engordando, se alimentando melhor, não referindo idéias persecutórias de fracasso e de autodestruição. Conversou durante o tempo em que ela esteve lá, de forma bastante adequada e houve informações de que sairia do pavilhão restrito ainda naquela semana. Ainda não obtive novas informações até hoje.

**15/05/00** – Segunda-feira: Durante este período de internamento, a Isabel vem me mantendo a par da forma como vem se desenvolvendo o processo de tratamento internado. Hoje ela me disse que ele já ligou duas vezes para ela para perguntar quem era Ana Celeste, pois não consegue se lembrar. Ela também me disse que lhe falou sobre O Hugoo, o Golfeto e o Fábio da Luz, os quais ele também não se lembra. Percebo que parece ter desenvolvido uma amnésia lacunar do período mais agudo de sua doença, principalmente parecendo lhe chamar mais atenção a figura da at, que esteve mais de perto presente em todo o desenvolvimento da fase aguda e mais grave. Penso também que pode ser efeito das aplicações do eletrochoque, que tomou, cuja reação, conforme pesquisado, se relaciona a uma amnésia temporária. Orientei a Isabel para que da próxima vez que ele perguntasse, ela procurasse lhe dizer da função terapêutica da at Ana Celeste e disse também que eu iria ver se terapêuticamente era indicado que eu ligasse para ele lá no Hospital.

Nesse mesmo telefonema, a Isabel me pede para que eu leve uns papéis de procuração do INSS, quando eu for até lá. Orientei-a a enviar pelo sedex a procuração e se comunicar com a assistente social de lá para isso.

**19/05/00** – Sexta-feira: Hoje telefonei para a Clínica Bairral e falei com a Selma (Assist. Social) que me orientou a falar com a Cláudia (a AS mais próxima do caso do Heitor), para que me dissesse sobre a possibilidade de alta e a possibilidade de conversar com o Dr. Muniz, seu médico responsável. Depois liguei para falar com o próprio Heitor que inicialmente disse não saber quem era Ana Celeste, contudo a medida que fui falando ele se lembrou referindo ter reconhecido a voz; e assim foi dizendo tudo o que fazíamos juntos, exercícios na praça, caminhada, ir até as consultas médicas. Falei dos outros médicos Dr. Roque e Dr. Godofredo e ele disse não se lembrar de nenhum deles. Falei que estava pensando em ir vê-lo e que estava querendo saber sobre sua alta, pois poderia deixar para ir na alta, caso esteja próxima. Ele falou que, por causa da despesa era melhor eu deixar para ir na alta, pois não teria dois gastos. Disse-lhe que caso fosse visitá-lo, levaria a Isabel também e ele agradeceu bastante, dizendo que iria gostar muito de ver “...a minha Isabel...” e começou a falar com voz de choro, emocionado. Ele falou também que estava querendo muito Ter alta, pois precisava ver como estava sua conta no Banco; falei que a Isabel, pela licença de saúde dele, estava cuidando disso. Ele aceitou a explicação sem mais comentários, apenas expressando: “Ah, sim...”. Terminei o telefonema desejando melhoras para ele e explicando que quando tiver alta, ele terá o acompanhamento terapêutico de volta. Ele agradeceu e desejou muitas felicidades para mim.

**22/05/00** – Segunda-feira: Viajei para Itapira com o Mário e a Isabel para visitar o Heitor. Chegamos lá às 11h. e logo encontramos ele, que foi recepcionar o Mário no carro. Eu estava em outra área, quando ele encontrou o Mário. Contudo, quando fui ao encontro dele para cumprimentar-lhe, ele me reconheceu e veio ao meu encontro

e me abraçou sorridente. Eu percebi o quanto diferente ele estava: engordou, usava calças jeans, meio apertada, tênis e camisa esporte; o rosto estava bem cheio, aspecto inchado até. Feições de quem está em uso de medicação psiquiátrica. Apresentou humor compatível com a situação: satisfação em rever pessoas amigas e conhecidas. Estive por um tempo a sós com ele no quarto e ele me perguntou coisas do período em que esteve mais grave. Eu respondi a tudo: sobre a conta no banco e sobre o retorno ao trabalho, principalmente, que foram as preocupações mais fortes. Apesar dessas idéias estarem relacionadas com o tema predominante de suas idéias delirantes, percebi que havia um aspecto de uma preocupação compatível com a realidade de quem se sente responsável pelo sustento e manutenção de sua família.

Falei com a assistente social sobre o caso dele. Ela disse-nos (a mim e a Isabel) que ele tomou 9 aplicações de eletrochoque. Segundo ela, o humor do Heitor está bem melhor, pois quando saiu da área restrita ficaram observando suas ações, pois ele se mantinha sempre mais distante de todos. Atualmente, está na monitoria, auxiliando os pacientes que saem do setor restrito, apresentando a área aberta e as normas dessa área. Sua comunicação melhorou bastante e tem bastante preocupação com o restabelecimento de sua memória. Tem um caso de outro paciente que precisou ficar aposentado e a memória não está muito boa e ele tem receio de ficar do mesmo jeito, segundo a assistente social.

Ao sair da conversa com a a. s. encontrei o Heitor conversando com o Mário. Falei que ele e a Isabel aproveitassem aqueles momentos sozinhos, para irmos viajar de novo.

Falei para o Heitor que o seu retorno estava próximo e que iria ser continuado o tratamento em Ribeirão Preto. Também falei sobre o retorno ao trabalho, que iria ser gradual e compatível com a sua recuperação.

Sáímos e despedimo-nos dele que sorridente acenou e desejou boa viagem.

**30/05/00** – Terça-feira: Viajei para Itapira com o Mário e a Isabel, para buscar o Heitor, que se encontrava de alta hospitalar. A viagem foi tranqüila. O Mário, parou em Pirassununga, para almoçarmos. Foi em um restaurante à beira de um córrego da represa da cidade. Lugar muito bonito e refletia muito bem como estávamos naquela viagem. Chegamos até a clínica às 14:30h. O Heitor já estava pronto nos esperando e o Dr. Muniz também. Entramos eu e a Isabel para conversar com o médico. Ele nos falou que o Heitor não mais referia as idéias de autodestruição e ruína. Contudo, como qualquer pessoa que passou por uma fase aguda bastante grave, era necessário que fosse observado com atenção suas atitudes e formas de reação diante das situações. Passou a prescrição médica : Triptanol 25mg- 1 comp. pela tarde e 2 pela noite; Neozine- 25mg à noite e Sonebom 1 comp. à noite. Recomendou que fosse procurado o colega psiquiatra até dia 02/06.

Viajamos de volta para Ribeirão, sendo uma viagem tranqüila também de volta. O Heitor estava agora observando o caminho que não havia visto na ida. Ele estava agora presente, conseguia sorrir e olhar para as coisas como se fossem novas.

Paramos no caminho para um lanche. Ele se alimentou bem e parecia bem. O aspecto facial permanece um tanto edemaciado. Seu modo de andar está estável e firme. Suas mãos ainda tremem um pouco. Contudo apresenta expectativa de melhorar ainda mais.

Chegou em casa e nada referiu, a não ser quando lhe perguntei a sensação de estar de volta, que ele disse ser boa e sorriu.

**31/05/00** – Quarta-feira: Fui até a casa do Heitor e o encontrei bastante disposto. Encontrava-se na praça brincando com sua filha. Me viu chegar e veio ao meu encontro.

Chamou-me para entrar e ofereceu um café. Sentamos na copa de lhe perguntei como foram os dias de internamento e assim ele me contou sobre as rotinas e os esquecimentos que teve da ida da Isabel lá na Páscoa e sua ida para ser internado. Falou que enquanto estava no núcleo, lembra-se pouco das coisas. Falou que sempre estavam fazendo exame de sangue nele (nesse caso penso que se refere às sessões de eletrochoque que tomou no núcleo). Não tenho certeza de que tem exata consciência dos eletros que tomou, embora o médico tenha dito que ele sabe. Não perguntei sobre o assunto. Falou sobre as atividades de praxiterapia, da festa que houve no Sábado, das caminhadas que fazia constantemente. Expressou a preocupação em retornar ao trabalho, diz estar querendo voltar logo e referiu que gostaria de retornar em algo que não exigisse muita responsabilidade com a parte elétrica. Sugeriu trabalhar na parte de carregamento de caminhões. Falei para ele que existe uma perspectiva em que ele retorne ao trabalho em uma função que não exija uma exposição grande a perigo elétrico. Opinei que trabalhar no carregamento de caminhões é muito pesado fisicamente e que ele tem capacidade em realizar alguma tarefa mais elaborada em que ele possa ajudar mais, como exemplo o almoxarifado. Ele assentiu com a cabeça. Falou que depois queria ver como estava sua conta no banco, contudo sem se demonstrar ansioso, pois disse que a Isabel já havia providenciado tudo, até o IR. Falou também de ter a sensação de estar explorando o local de trabalho, pois que ainda não está trabalhando. Expliquei que ele está de licença médica ainda até julho e que até lá já se planejou algo para seu retorno. Falei também que o que sentia é só sensação, pois ele é alguém preocupado sempre em trabalho. Ele concordou e disse que ficava muitas vezes sem dar atenção à família por estar preocupado com o trabalho. Falou sobre não saber dizer não e que tem coisas que não dar para aprender porque não é de sua área de interesse, como ex. inglês e informática. Falei para ele que ele estava bem em pensar em admitir seus limites e que a primeira coisa ele estava fazendo que era perceber o que é de sua alçada e o que não é. Coloquei que o segundo passo é o de aprender a separar o que dar e o que não dar para fazer. Assim ele

teria condições de viver melhor. Outra coisa que lhe falei foi sobre olhar a vida sob outro aspecto, como exemplo fazer mais coisas junto com a família nas horas de folga. Ele concordou comigo.

Por fim falei para ele o meu papel de terapeuta extra-consultório.

Ele referiu que preferirá ser atendido apenas pelo Hugoo como terapia de consultório e medicamentoso.

Sai de lá deixando em aberto se iríamos ao chorrinho da USP no Domingo. Ele consentiu em ir, caso dê certo.

Falei que levaria ele e a família, para que pudessem ver como é ir até lá.

**09/06/00** – Sexta-feira: Encontrei o Heitor já pronto para ir até o consultório do médico. Falou que estava bem. Dorme como antes do problema (sic), vai deitar às 22h e acorda às 2h da madrugada e aí dorme de novo até às 6h da manhã. Levei até o consultório do Hugoo. Heitor sempre sorrindo e falando que está tudo muito bem.

Mais tarde recebi uma ligação do Hugoo falando que desejava trabalhar o retorno dele ao trabalho, gradativamente para julho. Ao que concordei e falei que a Empresa também estava pensando assim.

**14/06/00** – Quarta-feira: Na residência dele, encontrei-o bem disposto. Queixou-se de dores no corpo, na região das articulações. Fiz exercícios corporais de grounding e alongamento, procurando ajudar em soltar as articulações e flexibilizar os músculos.

**16/06/00** – Sexta-feira: Encontrei o Heitor me esperando; havíamos combinado de caminhar pelo seu bairro, bem como aproveitar para olhar carro para compra. Fomos caminhando pela avenida próxima à sua casa e até as lojas de carros usados, onde ele olhou alguns veículos como uma Parati, um Gol, um Fusca, outra Parati, enfim, percebi o seu interesse em comprar um carro e disposição, bem como capacidade de averiguar preço, condição do carro e a sensata idéia de chamar o seu mecânico de confiança para que olhasse o funcionamento do motor e chaparia. Caminhamos de volta à sua casa e ele falou que não quer fazer nada precipitadamente. Pensa em comprar o carro à vista e ainda deixar algo reservado no banco para alguma necessidade.

**21/06/00** – Quarta-feira: Encontrei o Heitor pronto para irmos comprar sua bicicleta, conforme ele havia decidido. Disse-me que iria comprar um carro com mais calma, pois iria juntar mais dinheiro para comprar um carro mais novo e melhor do que Fusca. Estava bem aparentemente, demonstrando-se disposto. Na loja, rapidamente escolheu que bicicleta queria comprar, o que já havia decidido em casa – era uma Barra-forte, da Caloi; combinou com o vendedor o dia de entrega, pagou à vista e fomos para sua casa. Lá ele me ofereceu um café e começamos a conversar na cozinha. Contou-me que todas as vezes que teve um carro em mãos, teve que vendê-lo para ajudar a algum irmão: Uma vez foi para ajudar na compra de uma casa para a irmã, que morava em um bairro distante dele e do pai e o filho dela se encontrava muito só em casa, chegando às vezes a nem almoçar pois ela não tivera tempo de preparar o almoço; esse filho tinha 14 anos na época; outra vez foi para ajudar o irmão que precisava comprar uma casa, que também é perto dele e do pai. No momento, falei para ele, que agora deveria procurar se ajudar, pois todos estão bem e ele precisaria olhar mais para ele. Ele disse: “É, agora vou ver se não vendo mais o carro para ajudar os outros, compro um melhor e vou usar...”. Eu disse para ele que agora poderia procurar sair com a família e usufruir do veículo, pois já havia ajudado bastante as pessoas da sua família. Lembro que seu pai e mãe moram na casa dos fundos da dele e foi ele mesmo que buscou os pais para perto.

Sai de lá depois de ele combinar que no próximo encontro, iríamos até ao Ministério do Trabalho, para que ele tirasse a segunda via da carteira de trabalho.

**30/06/00** – Sexta-feira: Encontrei o Heitor pronto para caminhada que havíamos combinado, contudo o tempo não ajudou para a realização dessa tarefa. Fiquei com ele na residência enquanto ele foi preparar o leito da filha que acabava de acordar. Depois ficamos no alpendre e ele falou sobre o medo que está de assumir o trabalho e esquecer das coisas. Disse que queria ficar na parte de recepção de matéria-prima, contudo falei que seria desperdiçar a capacidade de trabalho dele ficar nesse setor. Expliquei que seu potencial está muito melhor aproveitado no almoxarifado. Ele ouviu e concordou.

Estimulei exercícios de flexibilidade e grounding, observei os olhos assustados ao levantar do grounding invertido e ao fazer o arco para trás. (Estará assustado com a realidade?) Observo melhor contato com o corpo e houve vibração nas pernas.

Ele e a Isabel falaram da preocupação com o filho adolescente que tem uma natureza de se aborrecer, principalmente com a mãe ao ser questionado aonde vai, quando sai de bicicleta. O Heitor está parecendo mais displicente com pequenas situações domésticas, como o portão aberto, ir com a filha até a avenida, para mostrar a loja fechada no domingo, porém disse que presta atenção a ela, quando sai. Percebo a Isabel mais surpresa com a nova fase do marido.

**05/07/00** – Quarta-feira: Fui com o Heitor até o varejão próximo de sua casa, caminhando. Fomos conversando e ele comentou sobre o que tinha falado na última sessão com o Hugoo. Disse que ele perguntou sobre o sexo como estava sendo e que respondeu que não estava com vontade ultimamente e que Hugoo lhe explicou sobre o efeito dos remédios. Heitor falou que já conversou com a Isabel sobre o assunto e que já havia passado por isso com ela, quando ela usava anticoncepcional. Disse que agora era a vez dela compreender.

Ele fez as compras de forma bastante adequada e permaneceu de humor estável, fazendo algumas brincadeiras até. Deixei-o em casa após realizar exercícios corporais de alongamento, grounding.

**14/07/00** – Sexta-feira: Levei o Heitor até a Empresa para conversarmos com o Fabrício a respeito do seu retorno ao trabalho. Andamos pela fábrica e fomos até o setor de manutenção. Lá ele pode cumprimentar todos os colegas, enquanto fiquei conversando com o Fabrício. Conversamos os três com o Hugo, o atual chefe do setor, que justificou ao Heitor a importância dele trabalhar no almoxarifado; que poderia ser uma tentativa de adaptação e ao mesmo tempo aproveitamento do potencial dele, conhecedor das peças das máquinas. Ficou combinado então o seu retorno gradual a partir da Segunda-feira, apenas um período por 2 semanas, até a realização da perícia.

**17/07/00** – Segunda-feira: Levei o Heitor até a Empresa para início do seu primeiro dia de trabalho no almoxarifado. Encontramos o Fabrício e fomos até a sala do Hugo e lá realizamos uma reunião com o chefe imediato dele, o Rogério e o seu parceiro de trabalho, o Vitor. Hugo acolheu-o de forma a lhe deixar à vontade para procurá-lo em qualquer dificuldade, deixando reafirmado o turno de meio período, pelas manhãs até a realização da perícia. Deixei o Heitor e fiquei no ambulatório por mais 1 hora, a fim de observar qualquer necessidade de minha presença. Antes de ir embora, passei no almoxarifado e conversando com o Vitor e com ele, pude perceber que tudo iria correr bem. Fui embora deixando-os com os meus telefones de sobre aviso.

**19/07/00** : Quarta-feira: Conversei com o Heitor sobre como estava sendo o seu retorno ao trabalho. Ele colocou que estava se sentindo bem. Não foi bem específico com relação a ‘esse bem’, contudo percebo que parece estar se adaptando de forma gradual e satisfatória. Fala que pensa quando estiver oficialmente retornado e sobre a troca de turno, caso precise, falamos sobre de maneira a deixá-lo em contato com os limites possíveis para ele. Orientei-o de que não fosse logo querendo ficar em turno que entra pela noite, pois pode de novo interferir em seu sono, que se encontra regular no momento. Ele aceitou e disse que poderia, caso fosse preciso troca de turno, que fosse mais para o final do ano.

Fala que continua sem desejo sexual, mas que isso irá melhorar com o tempo. Não me pareceu estar muito preocupado com essa situação. A Isabel nada referiu sobre o assunto.

**27/07/00** : Quinta-feira: Fui observar o Heitor na realização do seu trabalho no almoxarifado da Empresa. Ele me mostrou as peças, ao meu pedido e foi me dizendo como que funcionava o setor. Enquanto estava lá, foram dois funcionários pedir peças e transcorreu tudo de forma bem adequada da parte do Heitor. Na Empresa, soube que no dia anterior ele havia ajudado no conserto da caldeira, orientando sobre o que teria dado o problema, sendo bem sucedido em sua iniciativa, pois que a máquina voltou a funcionar. Percebo que ele realmente está evoluindo positivamente na execução do seu trabalho. Todos da empresa estão admirados de como ele vai indo bem, principalmente o Vitor, seu parceiro no almoxarifado.

**31/07/00** – Segunda-feira: A Isabel me ligou no celular, aflita pois Heitor tinha ido até a casa de um ex-patrão, dizendo que ficaria na porta até ele chegar, pois tem que saber dele se poderá ajudá-lo, com algum documento que comprove o tempo que trabalhou para ele, pois que necessita disso para andamento da aposentadoria. Isabel estava aflita com receio de que essa coisa de ficar em pé na porta do homem, poderia expor o Heitor a alguma situação desagradável e, portanto, colocando em risco a sua recuperação mental. Compreendi o que se passava e deixei-a recomendada de que assim que ele chegasse em casa, ela me ligasse, ou caso não ligasse eu iria dar um jeito de passar em frente da casa para vê-lo. Ela ligou assim que ele chegou, sem precisar que eu fosse até lá.

**02/08/00** – Quarta-feira: Fui até a casa do Heitor, ele me ofereceu um suco de laranja que havia acabado de fazer e lá conversamos sobre essa coisa de ele ir até esse ex-patrão e lá ficar de ‘plantão’ até o ‘cara’ chegar. Percebi que ele tinha razão em procurá-lo, contudo abordei o risco de ele estar se envolvendo em confusão, pois que não consegue falar com o homem, nem pelo telefone. Coloquei para ele que no momento ele deveria ter muito cuidado com as situações em que se envolve, como proteção a si mesmo depois de ter passado uma situação tão delicada que foi a crise psicótica que teve. Pude perceber uma característica marcante no Heitor que é sua prevalência na idéia de fazer algo; não estou retirando a legitimidade da situação, porém percebo que essa atitude lhe oferece aspectos rígidos de comportamento e idéias.

Nesse mesmo dia, ele ligou para o ex-patrão, não obtendo êxito no contato mais uma vez.

Conversamos sobre a perícia médica que iria passar no dia seguinte. Ele falou que estava se sentindo bem, sabendo que iria ter alta e voltar oficialmente a trabalhar.

Corporalmente ele se queixa de dores nas pernas. Está bastante gordo para o que era.

**09/08/00** – Quarta-feira: Estive na casa do Heitor e lá o encontrei passeando na praça. Sentamos no alpendre da casa e lhe falei sobre o que estava pensando sobre a continuidade do tratamento dele comigo. Propus realizar terapia corporal em consultório, justificando que na parte de ressocialização ele não mais estava precisando de ajuda, pois que já consegue fazer suas coisas de forma bem sucedida.

Senti que ficou resistente na proposta, falando que iria ter que ir em mais outro consultório. Falei para ele que seria importante para ele trabalhar seu corpo, pois que passou por momentos de grande tensão, houve modificação do corpo e também ajudaria em sua prevenção de nova crise. Falei que iria em sua consulta com o Hugo, para reavaliarmos em conjunto a sua evolução clínica e também para eu falar sobre minha proposta.

**11/08/00** – Sexta-feira: Fui até o consultório do Hugoo, encontrei o Heitor sentado na espera. Ficamos conversando e no momento de seu atendimento, falei para o Hugoo que queria conversar sobre o caso. Ele atendeu o Heitor primeiro e depois me chamou. Falei sobre os aspectos positivos da evolução do caso, coloquei

que como AT, não teria no momento uma necessidade premente para o Heitor.; falei então da proposta que fiz a ele sobre o trabalho corporal em consultório, visando sua transformação corporal e alguns incômodos, como dores nas pernas.

O Hugoo achou bastante válida a proposta e colocou para o Heitor como seria seu tratamento medicamentoso como: o Neozine iria ser retirado aos poucos e o Tryptanol, iria continuar ainda mais algum tempo. Reforçou a importância do tratamento corporal, dizendo sobre eu estar o acompanhando desde o começo da doença e que serviria de prevenção em seu estado mental, objetivando impedir uma outra crise futura, ou pelo menos reduzir os riscos de uma nova crise. Heitor aceitou as orientações, nada referindo a respeito acatando a proposta.

## CASO II

**Cliente: Alberto**

**Período do Acompanhamento Terapêutico: 05/04/00 a 20/09/00**

05/04/00 – Quarta-feira: (1 hora de AT) Primeiro dia de AT com Alberto. Encontrei-o sozinho em casa. Falou que estava quase dormindo. Pegamos duas cadeiras e sentamos na varanda da casa. Ele começou dizendo que não tinha ânimo para nada. Só quer dormir. Não tem ido à loja do genro para ajudar. Não tem mais vontade. Quando vai é por obrigação. Acha que desanimou muito cedo, tem 65 anos e que muita gente não vive assim. Falou que há mais ou menos 10 anos atrás, teve uma crise de agressividade, foi tratado por um psiquiatra e depois não teve mais essa crise. Até que há 3 anos atrás, teve outra crise forte de agressividade, foi para o hospital geral, ficou 2 noites, acha e foi para casa. Há 6 meses, trocou de médico, para o atual e está em tratamento até hoje, sendo o mesmo que fez o encaminhamento para o Acompanhamento Terapêutico. Refere não ter vontade de nada. Diz que está tomando apenas Carbolitium e o remédio da pressão. Come pouco sem muita vontade, tem cuidados com a alimentação por causa dos níveis sanguíneos de colesterol, ácido úrico, triglicérides. Falei que ele poderia agora pensar no que gostaria de fazer, aproveitando a vantagem de não ter obrigações com o trabalho. Procurasse pensar nas coisas que gosta de fazer por prazer, apenas, que pode ser coisas muitas vezes simples como andar na praça por exemplo. Queixou-se de que não sente prazer em nada mais. Marquei de vê-lo novamente na Quarta-feira, da próxima semana, às 9:30h. Sugeri que fosse pensando o que fazer até lá. Falei de lugares como o bosque, a USP, ou outro lugar qualquer.

12/04/00 – Quarta-feira: (1h. de at.) Levei o Alberto para passear no bosque. Encontrei-o arrumado de calça social, camisa pólo e sapato social. Já estava me esperando e assim que bati no portão, ele já apareceu todo pronto e com as chaves da casa nas mãos, disposto a sair. Entramos no carro e fomos. Ao chegar no bosque caminhamos devagar e olhamos os animais. Havia muitas crianças de escola que estavam visitando o bosque. Percebi que Alberto, apesar de muito lento e de pouca conversa, olhava e sorria com as crianças e animais que via. Olhava tudo muito devagar. Fui aos poucos colhendo algo de sua história de vida.

Natural do Rio Grande do Norte, da cidade de Currais Novos, sempre trabalhou desde criança com o pai na roça. Também trabalhou como empacotador em armazéns de secos e molhados. Aos 18 anos foi para Cristalina em MG, disposto a ganhar dinheiro, pois na época pessoas que conhecia iam para ganhar dinheiro. Contudo descobriu que alguns que chegaram com dinheiro, ganharam lesando os donos de fazenda que estavam trabalhando. Casado com Matilde há +/- 30 anos. Teve os dois primeiros filhos em Cristalina e depois procurou uma cidade maior para dar estudo a eles. Então veio para Ribeirão, onde tinha um cunhado que lhe passou informações boas sobre o local. E aqui mora até hoje. Está aposentado há 3 anos. Sente-se acomodado diante da vida. Não tem muitas pretensões, segundo ele fala. Vive em casa, vai até a loja do genro, todas as tardes, para arrumar alguma coisa e não se sentir totalmente inútil. Fala que não tem muita disposição nem de fazer isso. Não lembra de ter feito coisas que lhe dão prazer. Aliás, nem sabe direito o que é isso. Tem sua casa, filhos criados, o que mais pode querer da vida, se questiona. Acha que cada um tem sua própria vida e assim se vive. Não tem idéias de onde querer ir nos encontros de ats. Disse que eu mesmo escolhesse os lugares.

27/04/00 – Quinta-feira: (1h e 35min de AT) : Levei-o ao Museu do Café na USP. Ele olhou tudo com muita curiosidade. Ao chegar nas fotos, perguntei sobre a chegada dele em Ribeirão, algo como recordar esse tempo. Falou-me da foto do seu casamento e disse que quando casou teve que viajar para uma cidade um pouco distante do povoado onde morava. Apenas a família da noiva é que estava presente, pois a dele estava no nordeste. Casou-se em MG. Perguntei sobre ter fotos de sua vida e ele disse que não tinha muitas. E que algumas estavam guardadas em casa, sem muito saber por onde. Além disso, falou que não gostava muito de lembrar de coisas passadas. Levei-o para casa, após olharmos os dois museus. Percebo ainda algo incógnito para mim, sobre o funcionamento dele e de sua família, a qual não tenho contato quando vou buscá-lo para os Ats. Percebo uma certa ansiedade em me pagar pelo trabalho que presto.

03/05/00- Quarta-feira:(1h e20min) Levei-o ao local do seu trabalho para que eu conhecesse. Trata-se de uma casa comercial, no bairro do Ipiranga, em que seu genro é proprietário. Ele me mostrou a loja, que vende produtos para animais: ração, utensílios diversos também para animais. Me apresentou ao genro, que muito sisudo me cumprimentou. Andamos até uma praça próxima à loja, onde ele me contou sobre os três assaltos que já sofreu nessa loja. Falou que ali é um bairro muito perigoso e que são jovens e armados os garotos que assaltam. Falou que foi por isso que na época em que mais precisou de ajuda terapêutica estava com muito medo. Achava que todos que entravam na loja poderiam ser assaltantes e tremia no momento de atender essas pessoas. Agora, refere ele, com os remédios que toma, não sente-se tão medroso e que pensa em para de trabalhar assim que sua filha mais nova acabar a faculdade e tiver seu próprio emprego. Conversei com ele sobre a possibilidade de ele estar trabalhando em outra coisa que lhe poupasse um stress constante, como medo de assalto. Falei que ele pensasse sobre isso e que fôssemos trabalhando isto nos acompanhamentos. Deixei-o em casa e combinei de no próximo encontro estarmos vendo algo relativo ao seu interesse particular sobre as coisas. Falei para ele que estava na idade de procurar coisas que não lhe causasse tanto stress. Percebi que ao entrar em casa e fechar o portão, pareceu enxugar alguma coisa do seu olho: seria lágrima? Pareceu ter ficado mexido emocionalmente. Novamente percebo a ansiedade da família em me pagar pelo serviço, antes do dia combinado. Ouvi a pergunta feita a ele pela sua esposa, sobre o pagamento, e ele respondendo: "...só na semana que vem."

10/05/00 – Quarta-feira: (1h de at.) – Ao chegar na residência de Alberto, perguntei onde iríamos e ele quis que eu escolhesse novamente o local. Deixei por sua conta e ele disse: “Como você não escolheu, então vamos ali na região do mosteiro(sete capelas) dar uma caminhada.” Achei bastante interessante a sugestão e fomos. Na Sete capelas, andamos e conversamos, olhamos as capelas e entramos em uma lojinha de artigos religiosos, em que ele conhecia a vendedora da igreja que frequenta; apresentou-me como ‘a enfermeira que está fazendo terapia comigo’. Depois de volta ao carro sentamos em baixo de um poste de luz e conversamos. Ele esteve falando, estimulado por mim, sobre eu medo sobre roubo. Falou que sempre se preocupa na responsabilidade com as coisas dos outros e que se sente culpado, se alguém roubar algo que não é dele. Caso suas coisas sejam roubadas, ele disse que se conformaria e trabalharia para comprar outro de novo; falou que por ser de família muito humilde, não acha que despertaria interesse de alguém o roubar, mas caso isso aconteça ele se conformaria. Falou de quando há 10 anos atrás, trabalhou de vigilante de uma firma, quando foi para trabalhar à noite, entrou em pânico, como medo que algum assalto acontecesse e que pediu para sair da noite ou então iria embora da firma. Precisou procurar ajuda psiquiátrica na época por causa do medo que sentiu. Foi passado para o dia e assim melhorou. Depois há três anos, quando começou trabalhar com o genro, onde trabalha até hoje, aconteceu assalto na loja e ele entrou em pânico de novo, precisando de ajuda psiquiátrica (foi a vez em que foi levado ao hospital pelo serviço de emergência, em surto agressivo). Novamente começou tratamento psiquiátrico e ano passado, há uns 8 meses, passou por assaltos na loja e foi ai em que ficou de novo apavorado, mudou para o médico atual, que encaminhou para AT e hoje se encontra em equilíbrio. Com as medicações que usa diz que se sente preparado para enfrentar alguma outra situação de assalto que venha a acontecer. Não quer pensar em mudar de atividade, pois acha que está velho para isso e que irá ficar nesse trabalho até a filha mais nova se formar e arranjar emprego seguro.

Nesse dia falamos sobre coisas que ele goste de fazer. Perguntei sobre cinema e ele disse que havia ido ao cinema há muito tempo atrás, antes de casar (uns 30 anos) e que gostava de assistir Mazaropi. Sugeri que podíamos ir ao cinema assistir o filme sobre Vila-Lobos e ele se demonstrou pouco interessado. Contudo, falei que talvez fosse de muita importância que ele novamente fosse realizar uma atividade de lazer que há muito não realiza. Enfatizei a importância de estarmos trabalhando nos encontros de at, as diversas possibilidades de olhar coisas que não mais olha há muito tempo, ou mesmo de ver coisas já conhecidas de uma maneira diferente. Ao nos despedirmos desejei uma boa semana e falei que iria pensar na hipótese de levá-lo ao cinema, como estímulo à sua vontade.

17/05/00 – Quarta-feira: (1h. de AT) : Cheguei à casa de Alberto e o encontrei vestido diferente: calças jeans e tênis. Ao entrar no carro, perguntei onde pensou em irmos e ele me sugeriu uma praça que fica próxima à casa dele, a qual ele fazia caminhada (sic). Parei o carro e começamos a andar pela praça. Durante caminhada ia estimulando para que ele olhasse as coisas que tinha ao redor e visse o que mais lhe chamava a atenção. Nada referiu que lhe chamasse atenção. Pedi para que parássemos, embaixo de uma árvore e orientei alguns exercícios de alongamento das articulações do corpo, bem como ensinei a posição de grounding. Depois voltamos a caminhar e dei algumas instruções de como ele deveria levantar pala manhã; ele referiu dor no joelho direito e que a coluna já esteve afetada há um tempo atrás, sendo que pela manhã quando levante, às vezes anda manco. Sentamos em um banco e lhe perguntei sobre seus filhos, como ele era como pai, ele havia feito referências em algo sobre eles e achei interessante perguntar. Ele disse não ter sido um pai muito afetoso, de beijar e agradar, não fala muito só quando necessário e não falava muito com eles quando pequenos, somente quando tinha algo para reclamar e disse que falava uma só vez e pronto era atendido. Referiu de sua filha Neide que viveu com um rapaz e não deu certo, sendo que ele a acolheu achando que era melhor acolhê-la do que não dar apoio. Falou que

em casa não conversa muito; os filhos conversam mais com a esposa, Matilde, ele só fala o que acha necessário. Falei para ele que parecia ter sido um pai presente, apesar de não afetuoso, no que ele concordou.

24/05/00- Quarta-feira: (1h de AT): Levei o Alberto para caminhar na praça da semana passada. Caminhamos e intervir com exercícios corporais de alongamento, começando pelas articulações dos pés até o pescoço.

02/06/00 – Sexta-feira: Caminhamos pela Av. Paschoal Enech. Fui lhe perguntando coisas e ele respondendo. Falou de sua filha mais nova, Sandra. Disse que achava que ainda não era momento de namorar (ela tem 25 anos), pois precisa se formar e depois que tiver se garantido seu futuro, pensar “nessas coisas”. Fala que não é muito de conversar com os filhos, a esposa é que conversa mais. Brinquei com ele sobre ser um pai “coruja” da filha mais nova e ele riu. Perguntei para ele se achava que a filha só poderia namorar se fosse para casar e ele disse: “Namorar pode, mas para que, se ela tem os estudos para pensar... às vezes só vai atrapalhar...”.

07/06/00 –Quarta-feira: Caminhei com Alberto na praça. Estimulei-o na realização de exercícios de flexibilidade e alongamento, depois sentamos no banco e pude ouvir algo sobre seus pais. Falou do quanto seu pai era rigoroso e sua mãe mais submissa. Disse que sempre suportou muito todas as coisas e que dor era algo que só falava quando não agüentava mais; contou o episódio da dor de apendicite que teve quando era criança, aproximadamente 5 para 7 anos, falou que sua mãe perguntava e ele escondia a dor, daí quando descobriu o que era, chegando a ir no médico, tomou um chá de urtiga, receita da roça, melhorando, ou melhor, curando do problema, pois não mais precisou de tratamento e não mais sentiu dor. Falou que desde muito cedo, ajudava em trabalho pesado com o pai e se emocionou quando disse que sentia muito por ter sido tratado tão preso (entendi emocionalmente), pois não teve chance de se expressar mais. Contou que o pai bastava olhar para os filhos e eles terem medo do seu olhar e obedecerem. Falou que seu sonho era Ter um pedaço de terra só seu para poder cuidar, um sítio, por exemplo. Diz que hoje em dia isso é impossível, não tem recursos para isso. Saímos da praça e eu lhe disse o quanto realmente era chato esse sentimento, contudo, poderia ser convertido em algo que lhe desse algum estímulo. Percebi o quanto ficou mexido com tudo o que disse.

14/06/00 – Quarta-feira: Caminhamos na praça e foram realizados exercícios de alongamento e flexibilidade. Assistimos a uma cena do urbanismo cotidiano, em que uma menina de rua, acabava de acordar, pois dormia na praça, acompanhada de um homem de rua também. Ela estava grávida e tinha as calças abertas até na região pubiana, uma camiseta curta, cabelos em desalinho. Ela passou por nós e Alberto falou: “Que coisa triste é alguém chegar em uma situação como essa...! Essa menina às vezes me pára no ponto de ônibus, para pedir dinheiro... Vejo ela em toda a cidade...”  
Essa cena mexeu comigo também.

21/06/00 – Quarta-feira: Caminhamos na Av. Paschoal E.. Ele parecia mais disposto de conversar. Falou dos irmãos que não vê há bastante tempo, disse que talvez nem mais conhecesse a mais nova, pois quando saiu de casa ela tinha uns 8 anos e hoje deve estar com mais de 40. Acha que não mais conheceria na rua. Perguntei sobre suas atividades na Igreja e sua vida com a esposa. Ela não fala muito e diz que ela vive muito para a Igreja. Falou sobre o Encontro de casais que já fez e deixou porque era muita reunião e a esposa já faz muita coisa na Igreja. Perguntei sobre sexualidade e como a Igreja lidava com isso no ECC, e ele falou que tem palestras de médicos para falar sobre isso, que a Igreja condena a infidelidade. No decorrer da conversa perguntei como ele vivia com a esposa e ele não falou muito só disse que “Bem...”. Questionei sobre se ele se sentia estimulado a fazer coisas com ele e ele disse que “...nunca fui muito de sair e passear, se ele gostasse, ainda eu iria, mas ela também não gosta, vive para as coisas da Igreja, ai eu fico é mais em casa, vendo TV, vejo a Rede Vida que tem bons programas...”

A vida cotidiana de Alberto se resume em: acordar, tomar café, caminhar (às vezes), sentar para assistir TV, na Rede Vida, almoçar e ir para a loja do genro, onde trabalha de balconista e faz a arrumação do lugar, depois volta para casa, janta, assiste TV e dorme às 10 hs, para depois fazer tudo de novo no dia seguinte.

28/06/00 – Quarta-feira: Caminhamos pela praça e Alberto estava até conversando muito, falou sobre o seu primeiro emprego em uma tinturaria. Entrou por esse assunto, quando falou sobre sua perna que sempre dói. Disse que achava que essa dor era por Ter trabalhado muito tempo na tinturaria, em que caía água por dentro das botas que usava e ficava então muito tempo com os pés molhados. Daí, falou que essa época que trabalhou na tinturaria, foi quando chegou em Ribeirão – de 69 a 79, 80 – e que foi um período muito difícil; seus dois filhos mais velhos – a filha e o filho – tiveram que também trabalhar e trabalharam no mesmo lugar, só que na loja da tinturaria.; a filha de 11 anos na época, a filha ficava em casa tomando conta da casa e dos dois irmãos, pois a mãe também teve que ir trabalhar no mesmo lugar para complementar a renda da família. Contou sobre a casa



que morava de aluguel de um senhor e disse que foi fazendo melhoras por sua própria iniciativa na casa e que quando a filha desse senhor viu a casa, o dono e paia dela, resolveu tirá-lo de lá para que a filha fosse lá morar. Além disso, pediu que subisse o aluguel de 200 para 500 cruzeiros. Ao que Alberto falou que não poderia pagar e pediu para que ficasse na casa mais três meses, até achar outro lugar. Teve a presença de um advogado, da tinturaria que trabalhava, que interveio no caso, pois que o proprietário não aceitava o pagamento do aluguel no valor já estipulado. Após ganhar da causa ele teve tempo de procurar outra casa; foi quando entrou o seu chefe, dono da tinturaria, que fez um financiamento de uma casa própria para Alberto, no nome dele mesmo. Daí, ele morou muito tempo nessa casa, sendo que um tempo depois ele resolveu comprar uma casa maior, e aí foi a casa do Quintino I, onde mora atualmente a sogra, pois a casa dela está alugada e ele então repassa o aluguel para ele. No momento fala que gostaria de ir morar lá mas que a mulher e a filha não gostariam pois estão bem próximas à Igreja da qual freqüentam muito. Falou também sobre a dieta que faz de comida por causa dos níveis sanguíneos e pressão alta. Disse também que nunca foi de beber mas que gostava de tomar um aperitivo às vezes antes das refeições e que hoje em dia não faz mais nada disso e prefere ficar em casa do que ir em algum almoço, com os filhos, por ex., e não poder comer do que gosta; só gosta mais de coisa pesada.

Procurei mostrar para Alberto que às vezes seria bom que ele fizesse alguma pequena extravagância alimentar para que pudesse demonstrar seu prazer e vontade nas coisas, pois como falou, hoje em dia é levado pela esposa e filhos para tomar decisões e não se interessa mais em tomar a frente das coisas, como fazia antes.

Estimulei a expressar seus desejos e poder dosar o quanto que pode se exceder um pouco em uma determinada vez, sem consequências danosas.

Falou sobre a mudança do nome do remédio de pressão que toma, o qual pega no posto de saúde, sentindo-se tenso por causa disso – razão que a pressão teve uma pequena alteração de 12x8 para 15x9. Disse que sabia que o remédio não tinha mudado, mas acha que ficou impressionado com a mudança de nome e achou que não iria fazer efeito. Isso foi na semana passada.

03/08/00 – Quinta-feira: (1h): Caminhei com Alberto na praça, conversei sobre sua pressão alta que resiste ao medicamento, sendo necessário a médica aumentar a dosagem para melhor reação orgânica. Realizei alguns exercícios corporais, procurando que ele fizesse um grounding em pé e invertido, bem como o arco. Ele referiu ter ficado tonto, apresentando tosse. Estimulei a tossir mais, fazer o movimento confortável que o corpo pedisse, depois voltamos a andar. Perguntei como estava o corpo e ele disse que mais leve.

Nesse dia ao chegar na porta de sua casa, ele me perguntou se não daria para ficar de 15/15 dias as sessões de AT. Eu falei que já estava na época de entrar em contato com a família dele para avaliar os efeitos do trabalho e depois poderíamos modificar o espaço de tempo. Ele falou que tem que tratar dos dentes e que financeiramente estava pesado. Disse que veríamos isso com calma que ele não se preocupasse.

08/08/00 – Terça-feira: Recebi um telefonema de Matilde, a esposa de Alberto, perguntando sobre o que ele tinha me falado, das diminuições das sessões. Disse a ela que iria marcar uma sessão com a família para obter um retorno sobre os acompanhamentos. Ela me questionou o porquê desse encontro com a família ('avaliar o quê?'). Falou que estavam ruins de dinheiro, pois a filha estava no último ano de faculdade, estavam gastando, ela estava indo no médico e ele, além de estar 'tão bem', não estava querendo mais ser toda semana. ('e depois, ele está tão bem...!'). Falei para ela que não trabalhava pautada no dinheiro e que caso ficasse difícil o pagamento, eles poderiam parcelar, ao que ela reagiu dizendo: "Nós honramos nossos compromissos e se for preciso até ficamos sem alguma coisa em casa, mas pagamos o que devemos..."

Encerramos a conversa depois que lhe falei que aquela semana deixava suspenso o At e na próxima seria marcada uma sessão com a família.

17/08/00 – Quinta-feira: Atendi no consultório Matilde e Sandra, esposa e filha mais nova de Alberto, as quais convive com ele no dia-a-dia. Coloquei sobre o objetivo de tê-las chamado, que seria avaliar o trabalho terapêutico, observando possíveis mudanças no comportamento do cliente, percebendo novas propostas de atuação e possíveis sugestões para intervenções positivas junto ao mesmo. A esposa colocou que ele está bem, que não tem apresentado alteração como no começo; a medicação está fazendo efeito e seu comportamento está mais participativo: faz compras em supermercado, vai ao banco, quer saber quem falou ao telefone, perdeu o medo de trabalhar na loja do genro, a qual já trabalhava antes e que havia sofrido dois assaltos. Falei sobre ser possível realizar os encontros quinzenais, ir gradualmente diminuindo, até parar com o acompanhamento. Falei que a depender da disponibilidade e disposição de dona Neuza, se não poderiam ser realizadas caminhadas e/ou alguma atividade nos finais de semana, em que os dois pudessem estar mais próximos e ela cooperativa com o total restabelecimento dele. Percebi que ela se manteve um tanto sem disposição para programas de finais de semana, contudo, para as caminhadas, ela disse poder fazê-las junto com ele, no horário melhor para ele – às 8 da manhã. Perguntei a Sandra sobre o que achava como filha, ela colocou que na medida do possível eles faziam coisas juntos.

Observei nesse contato com os familiares, que tudo elas colocavam como normal. “Está tudo normal...” foi a frase mais ouvida durante a sessão.

Percebi também que Matilde demonstrou seu desejo de que as sessões quinzenais eram melhores financeiramente para eles, que se encontravam em dificuldades. Coloquei mais uma vez sobre o atendimento às necessidades do cliente e que iriam os encontros poderiam ser quinzenais até encerrarmos, pois percebia que ele já estava apresentando-se sem as dificuldades iniciais. Assim seria possível encontrá-lo de 15/15 dias. Com relação ao pagamento, caso eles tivessem dificuldades, poderia ser negociado. Ao que Matilde reagiu veemente, dizendo que ‘de jeito nenhum’. Por fim ficou acertado para 15 em 15 dias. Eu marcaria a próxima sessão com ele.

Durante esse contato, também foi dito por Matilde que Alberto agora sabia o quanto se pagava pelo tratamento e ficava, ele mesmo querendo diminuir por causa do dinheiro. Disse a ela que não tinha problema nenhum em ele saber o valor, ao contrário, é até terapêutico para ele, pois que pode ser recebido por ele como carinho e preocupação com sua saúde, melhorando sua auto-estima e amor-próprio.

25/08/00 -

20/09/00 – Quarta-feira: Hoje foi o último dia de AT para Alberto. Tivemos, depois da reunião com sua família, mais três sessões. Ele falou de seu interesse em participar do programa de ginástica, que tem na praça que fica no caminho da loja que trabalha.

Fomos mais uma vez caminhar na praça próxima a sua casa. Lá demos umas voltas ao redor dela e fui pedindo para que fosse percebendo sua respiração e modo como estava andando. Contou-me que está fazendo caminhadas sozinho, quando não é dia do AT. Disse que procura fazer alongamentos sozinho, conforme eu vou lhe orientando a cada encontro. Percebe-se com maior disposição para caminhar em alguns dias, em outros prefere ficar em casa e sair mais tarde, somente para ir trabalhar. Fala da dor na perna, que sempre aparece se faz uma movimento de rotação da virilha.

Senti em Alberto que, apesar de estarmos nos encontrando pela última sessão, ele havia modificado, dentro de suas possibilidades, o estado de ânimo para ir ao encontro de participar de uma atividade como a do programa da praça. Também percebia que parecia mais participativo em casa: atendia o telefone, conversava um pouco mais e até parecia mais bem disposto que a esposa pois sempre dizia, quando eu perguntava se ela não o acompanhava em suas caminhadas: “Que nada...! Ela levanta fica fazendo as coisas dela... não gosta de andar... Ela quer nada não...!”

### **Caso III**

**Cliente: Hermes**

**Período de Acompanhamento: 25/07/00 a 20/09/00**

Histórico: Paciente apresentou sinais de distúrbio psicótico no local de trabalho, saindo do no meio do expediente, no turno da noite, demonstrando agressividade e idéias deliróides (sic). Foi atendido por um médico psiquiatra, o qual encaminhou para internação urgente, sem prescrever nenhuma medicação. Nesse instante, foi solicitada minha avaliação terapêutica para posterior encaminhamento do caso. Tem 34 anos

25/07/00: Terça-feira: Coletei dados sobre o funcionário pelo contato verbal com o médico do trabalho que fez a solicitação de AT. Fui até à residência da mãe de Hermes, onde ele se encontrava naquele momento.

Chegando até lá encontrei-o sentado na sala assistindo TV. Fomos até o alpendre, onde nos colocaram duas cadeiras e começamos a conversar. Hermes parecia com o pensamento bem distante, tinha um sorriso imotivado, falava de coisas diferentes ao mesmo tempo, sem continuidade no fluxo do pensamento. Estava sem dormir há mais de uma semana. Trabalhando no turno da noite, não conseguia dormir durante o dia. Falou sobre sua família que tinha 10 irmãos, ele era o segundo e ainda havia Ria no meio do diálogo, sem razões aparentes. Havia uma desconexão de suas idéias e falava muito “Tá tudo bem comigo...graças a Deus!” Percebia que havia uma tensão sobre ele, não saberia dizer o que me dava essa sensação mas, sentia que era como por detrás daquele sorriso e da aparência de uma certa “tranquilidade”, poderia irromper um sinal de agressividade contido. Liguei para o HD, providenciando uma consulta e não consegui marcar de imediato. Daí, sua esposa toma a decisão de procurar outro médico psiquiatra, em que auxiliiei marcar a consulta para o dia seguinte.

27/07/00: Quinta-feira às 15:30h: Encontrei Hermes dormindo. Obtive informações de que haveria estado dormindo à noite e o dia inteiro. Fui até o quarto e pedi que me deixassem sozinha com ele após termos ( a esposa e eu) o acordado. Perguntei como ele se sentia. Ele não falou e permaneceu sentado como que semi-acordado. Estimulei-o a sair do quarto e fomos até a sala. Como já estivesse tudo combinado, sua esposa falou que as coisas já estavam arrumadas para eles irem para a casa deles. Eu estava com o carro da empresa, emprestado, dirigido por um funcionário. Levamos a família toda para casa: ele, esposa e os 2 filhos. Hermes permanecia calado, com o rosto aparentando tristeza. Chegando em casa quis ir logo deitar. Foi marcado retorno

com o médico para avaliação medicamentosa. Parecia que ele se mostrou muito sensível à dosagem do medicamento.

28/07/00: Sexta-feira: Acompanhei Hermes no retorno ao médico. Lá ele entrou primeiro sozinho no atendimento e depois entramos eu e a esposa. Primeiro o médico ouviu a esposa que falou sobre a sonolência dele e o total desânimo. Depois relatei como o havia encontrado no dia anterior e que também havia percebido um aumento de salivação. O médico ficou admirado de como ele reagiu a uma dose, que segundo ele, foi dada bem baixa ( Melleril 100mg 2x ao dia). Foi mudada então sua medicação (Haldol gotas/ 50 ao dia) e marcado novo retorno para a segunda-feira. Levei Hermes para casa e, no caminho, parei para que fosse comprado o medicamento. Deixei-os (Hermes e esposa) em casa e deixei meu contato de telefone para se fosse necessário AT no final de semana.

31/07/00: Segunda-feira: Novamente acompanhei o Hermes até o médico. Ele contou sobre o final de semana que havia ficado sem a sonolência anterior. Eu havia me comunicado com ele pelo telefone, pois não marcamos de encontrarmos e fiquei sabendo que estava conseguindo passar o final de semana descansando e brincando com os filhos (no campode futebol, em frente à casa e olhando-os soltar pipa). O medicação foi mantida pelo médico. Levei-o até em casa e no caminho estive conversando com sua esposa que falava sobre achar o filho mais novo estranho desde que o pai iniciou a os “problemas”. Orientei-a para que em algum momento explicasse sobre o momento que o pai atravessava e que, se fosse necessário, eu poderia intervir junto a ele (o filho) para também explicar-lhe, inclusive sobre o que eu estava fazendo acompanhando o pai.

03/08/00 – Quinta-feira: Estive na residência de Hermes e o encontrei muito ansioso, reclamando sobre não querer continuar o tratamento, que queria voltar a trabalhar. Sua esposa também falou que ele estava muito nervoso, reclamando de estar em casa e, por vezes, estava “estourando” com os filhos. Telefonei para o médico, falando da ansiedade que apresentava: andava sem parar, falava que estava bem e queria voltar ao trabalho e das queixas de sua esposa. Foi feito acréscimo de Diazepan 10mg, 1 comp. à noite, ou pelo dia s/n.

04/08/00 – Sexta-feira: Recebi telefonema de Hermes no final do dia, que pediu para que lhe ajudasse a parar de “ouvir as vozes”. Achei estranho pois até hoje ele nada tinha falado sobre “ouvir vozes”. Depois sua esposa pegou o telefone e disse que ele estava muito inquieto querendo sair de casa, falando de dores nas costas e que não tinha nada de doença. Havia se recusado a tomar o remédio na dia anterior. Liguei para o médico que falou que poderia dar Diazepan 3x ao dia s/n e que na terça-feira queria revê-lo.

05/08/00 – Sábado: (dia seguinte pela manhã) Fui até a casa de Hermes e o encontrei mais calmo. Estava acordando quase naquela hora, umas 10 da manhã. Sondei como estava se sentindo e percebi que apresentava sinais de confusão mental. Estava reativo ao tratamento. Queixou-se de não estar trabalhando e disse que não agüentava mais estar em casa.

Dei orientações à esposa sobre como lidar com ele e ouvir muito a respeito das dificuldades que ela está passando.

08/08/00 – Terça-feira: Na consulta foi sugerido pelo médico que ele tentasse voltar a trabalhar, caso a empresa aceitasse a suspensão de sua licença, sem ele ainda está recuperado. Fiquei de ligar para a Empresa para saber sobre essa possibilidade.

09/08/00 – Quarta-feira: Liguei na Empresa e procurei saber sobre a possibilidade de retorno de Hermes. O supervisor de RH falou que deveria ser um retorno formal mesmo que fosse por dois dias.

No final da tarde fui até a casa de Hermes e o orientei sobre o retorno ao trabalho. Estimulei a que procurasse seu colega de trabalho, que mora perto, para não ir sozinho e que me ligasse, caso tivesse alguma dificuldade pelo caminho.

10/08/00 – Quinta-feira: Recebi um telefonema logo cedo da esposa e de Hermes, dizendo que não havia ido trabalhar porque à noite o pai ‘proibiu’ a esposa de deixá-lo ir trabalhar. Fui até a residência dele e percebi que a família tinha ficado assustada com essa possibilidade. Orientei falando das dificuldades que existem em se tratar o doente mental em casa, pois que se configura em um quadro difícil de se prever. Hermes estava dormindo e ao acordar conversei com ele e entramos em um acordo que no dia seguinte ele iria tentar de novo ir trabalhar. Novamente acertamos que se não fosse bom para ele, deveria ser solicitada a licença pelo INSS.

11/08/00 – Sexta-feira: Fui até a Empresa e encontrei Hermes varrendo o pátio de descarga de matéria-prima. Pela manhã, recebi um telefonema do seu supervisor que estava em dúvida do que ele poderia fazer. Falei que

poderia estimulá-lo no auxílio dos serviço, dentro do que ele conseguisse fazer e que procurasse não deixá-lo sozinho.

Lá na Empresa eu conversei com o supervisor que disse o quanto foi boa a orientação pois Hermes se juntou aos colegas, e, com ajuda destes e trabalhou sem problemas.

No caminho do consultório do médico, Hermes conversou bastante e falou de sua preocupação com suas dívidas (havia sido a primeira vez que ele tinha tocado nesse assunto. Disse que seu “problema de cabeça”, deveu-se a esses problemas financeiros. No consultório do médico, ainda com uma conversa confusa, misturando assuntos, contudo demonstrando-se bastante disposto e com positividade pelo fato de ter ido trabalhar. Ao encontrar a esposa, na espera do consultório, deu um enorme beijo na boca, abraçou-a demoradamente, aparentando muita disposição e satisfação.

Deixei-os em casa recomendando que ligasse caso apresentasse alguma alteração.

14/08/00 – Segunda-feira: Recebi um telefonema da auxiliar de enfermagem do ambulatório da Empresa, falando como foi o dia de Hermes: pela manhã se desorientou um pouco em saber que ônibus tomar para chegar, contudo foi ajudado por colegas que estavam indo trabalhar. O transcorrer do dia foi tranqüilo, sem alterações, conforme mesmo informação do supervisor.

A auxiliar de enfermagem, falou do telefonema da esposa de Hermes, que disse estar sendo pressionada pelos pais dele para que não deixe ele ir trabalhar.

15/08/00 – Terça-feira: Cheguei na Empresa e encontrei o encarregado do setor de Hermes. Perguntei como estava indo ele no trabalho. Ele respondeu que ia muito bem e foi comigo até onde ele estava cortando matéria-prima. Falei com Hermes e percebi que realmente ele estava se adaptando muito bem ao serviço. Não demorei muito no local e fui até o ambulatório, deixando ele avisado de que estava lá.

Mais tarde conversei com o supervisor de RH sobre o caso dele e falei sobre a interferência da família (pai e mãe) no caso.

16/08/00 – Quarta-feira: Fui até a casa de Hermes, com intenção de realizar alguns esclarecimentos sobre o tratamento, porém não encontrei ninguém em casa. Deixei o recado com o filho mais velho que estava sozinho.

17/08/00 – Quinta-feira: Recebi um telefonema da auxiliar de enfermagem, informando que Hermes estava se queixando de tontura e que ficou tonto após tentar descarregar um caminhão junto aos colegas; ao lado disso, estava ansioso e inquieto. Orientei para dar o Diazepan ( conforme o médico havia orientado) e levá-lo para casa, que eu iria até lá à tarde.

Tarde: Estive na casa de Hermes, encontrando-o acordando. Sentou-se um pouco ao meu lado e falou que se sentiu tonto ao fazer coisas que costumava fazer. Estava queixoso de que se fosse para ir para o trabalho e não conseguir fazer tudo o que fazia, era melhor não ir. Daí falou que parecia que todos lhe tratavam feito criança e que ele já estava bem. Começou a reclamar dos remédios e dos efeitos, colocando tudo o que sentia de ruim na medicação. Disse que queria mudar de médico pois este estava ‘lhe acabando’ dando-lhe remédio de “louco”, continuou falando essas mesmas coisas e saiu andando pela varanda até a frente da casa, depois retornava e continuava falando sobre a rejeição do remédio, dizendo que não ia mais tomar.

Estavam presentes na varanda, uma amiga da esposa, a esposa e a vizinha de frente da casa, todas paradas, sentadas e escutando o que falava. Um determinado momento, ele começou a falar sobre sua “diversão” com a esposa, dizendo que nem isso poderia fazer mais.

Nesse instante, chamei-o até a cozinha para conversarmos sós. Ele disse que todas as coisas que estava falando não era contra mim; disse que eu era a pessoa que mais trabalhava certo, que eu era seu anjo da guarda, junto com sua esposa. Aproveitei essa sua transferência positiva ao seu favor e contratamos que ele iria tomar o remédio até o dia seguinte, não iria trabalhar e no retorno com o Cândido, conversaríamos sobre a medicação e o retorno ao trabalho. Falamos sobre sua “diversão” com a esposa e ele reclamou dizendo que de noite só dormia; falei que ele poderia usar outras horas do dia para se “divertir” e que caso não conseguisse fazer “tudo” que brincasse um pouco que também é bom. Ele aceitou a orientação sorrindo para mim.

18/08/00 – 1h 30min. Estive com Hermes na consulta com o médico, em que ele manteve os medicamentos, sendo agora percebida uma boa adaptação à dose, Hermes está se adaptando bem no retorno ao trabalho. Parece que o contato com os colegas de trabalho está lhe deixando mais disposto. Ao deixá-lo em casa, encontrei sua mãe e irmão que chegavam. Seu irmão, em tom agressivo dizia para a esposa de Hermes que achava um absurdo ele está trabalhando. Achava que ele tinha que procurar um outro tipo de atendimento para seu caso pois achava que isso tudo iria “ferrar” Hermes. Eu expliquei para ele o tipo de tratamento que Hermes estava recebendo e que até entendia a revolta dele, pois ele deveria mesmo ter seus motivos, contudo, todo o tratamento de Hermes estava sendo bem conduzido.

Ele estava sentado de costas na sua moto e assim permaneceu durante o tempo que eu estava explicando sobre o tratamento.

Senti muita raiva nesse dia. Percebia que esse rapaz estava como que contaminando o atendimento prestado ao Hermes, deixando-o inclusive confuso sobre tudo o que estava acontecendo em termos de tratamento. Ao mesmo tempo, ao fazer meu trabalho como at e ouvindo todas aquelas insinuações do irmão de Hermes, estava sendo alvo de projeções de algo que havia representado uma experiência ruim na vida daquela pessoa. Fiquei com uma sensação que não daria conta de ocupar esse lugar.

25/08/00 – 2h 30min. – No retorno ao médico, pude colocar a situação de desconfiança da família de maneira que Hermes fosse protegido de possíveis colocações mais severas sobre sua família, em vista de que o vínculo com ele estaria sendo colocado por um fio, comprometendo a qualidade do trabalho terapêutico. Percebia que era compreensível tamanha desconfiança sobre o trabalho em vista mesmo de ser algo que surpreendeu a todos os resultados de Hermes. Lembro que no início dos atendimentos, Hermes estava com indicação de internação de urgência.

05/09/01 – 1 h. –Estive na Empresa acompanhei Hermes no seu local de serviço. Estava descarregando um caminhão de matéria-prima e falou animadamente comigo. Falou que se sentia mais disposto e que o problema era resolver suas dívidas. Comentou sobre a possibilidade de pedir férias para receber o dinheiro de férias e saldar algumas dívidas.

20/09/00 – Estive na residência de Hermes e fui informada por Hermes que estava de férias. Havia conseguido isso, junto à Empresa e que agora poderia pagar alguns débitos feitos no banco. Percebi uma organização do pensamento de Hermes que ainda não havia se apresentado. Ele estava envolvido com as atividades de lazer dos filhos (jogo de futebol do bairro) e iria aproveitar os dias de férias para estar mais perto deles, segundo me disse. Quando perguntei sobre as vozes que havia me dito outro dia estar ouvindo, ele me respondeu que nada ouvia e que estava conseguindo dormir bem. “Parece que tenho sono de muito tempo...”

Fiquei à disposição da Empresa para outros atendimentos a Hermes. Percebia que como at não haveria mais necessidade de estar em contato com tanta frequência. Fiquei então à disposição para nova demanda.

Ele continuou sob acompanhamento médico com espaços maiores entre as consultas e já havia reduzido as doses do medicamento.

#### **Caso IV**

**Cliente: Íris**

**Período do Acompanhamento Terapêutico: 17/07/01 a 19/09/01**

17/07/01 – Terça-feira: Entrevista com a filha: Informa que a mãe já teve episódio depressivo há 1 ano e meio sendo levada a ser tratada por um médico clínico em São Paulo, local em que a filha mora. Foi encaminhada a um psiquiatra em Ribeirão Preto, onde mora, que não pode lhe atender, encaminhando-a para outro psiquiatra. Passou tomar medicações que até o momento estavam sobrecarregando o seu organismo(sic). Mas, no início, apresentou elevação do humor que, segundo a filha, “parecia mais uma mocinha”; ficou ativa, usava roupas joviais e demonstrava-se disposta de uma maneira até exaltada.(sic). Há +/- 4 meses entrou em crise depressiva e a filha percebeu que as medicações a estavam dopando. Procurou então o atual médico psiquiatra, dia 16/08/01, o qual retirou 2 das 4 medicações que estava tomando e indicou Acompanhamento Terapêutico.

Refere que a mãe apresenta-se sem vontade de realizar atividades, em que se queixa de tudo, dizendo que é culpa sua, demonstrando sentimento de insuficiência e impotência diante da vida.

Nesse momento, a paciente está sendo levada para São Paulo, para a casa dessa filha, para que seja observada de perto, sua reação às mudanças medicamentosas e possibilitar melhora do quadro desse instante, até ter condições de voltar para casa.

História pessoal: Conta a filha, que a mãe sempre foi uma pessoa ativa de trabalhar na rua com comércio de roupas, loja de produtos, e atualmente envolveu-se na venda de um óleo para o corpo, resultado de uma aproximação de um senhor que se interessou por ela. Contou que ela sempre teve umas atitudes meio sem pensar do tipo: montou uma oficina de costura e confecção de roupas, sem ter material humano para isso; ou montar um consultório de fisioterapia, sem que estivesse selado o compromisso com uma fisioterapeuta que teve contato; investir na venda de um óleo, sem perspectiva de ganho, se deixando envolver pela pessoa que vendeu.

Segundo a filha, o homem que se aproximou e acabou fazendo negociação com os óleos de massagem, se aproximou interessado em namorar a mãe. Esta, por sua vez, não se mostrou sentir atraída, no que o homem tentava contatos sem obter êxito. Posteriormente, ao perceber o distanciamento dele, Íris então tomou para si esse seu afastamento, sentindo-se culpada por não deixá-lo se aproximar da forma como estava desejando.

Sua filha continua seu relato, falando sobre o casamento de sua mãe e seu pai (o qual ela nem conheceu). Conta que Íris foi casada durante 1 ano. E, grávida de 6 meses dela, perde o marido em um acidente de carro. Na ocasião se descobre que ele era casado com duas mulheres, caracterizando uma bigamia. Este fato foi declaradamente descoberto, inclusive pela sua família de origem, quando, no velório, o irmão comparece, reconhece o corpo e o leva para ser velado na família que tinha com a primeira mulher, a oficialmente reconhecida pela família original. Daí em diante, viúva aos 26 anos nunca mais teve outros relacionamentos, conforme nos confirma Íris posteriormente: sempre se dedicou em investimentos em comércio. Vendia roupas. Morava com a filha, mãe e irmã casada, que depois se mudou para Morro Agudo. Quando sua mãe ficou doente, precisou parar de buscar roupas em São Paulo para vender. Esta morreu há uns 10 anos atrás. A filha casou-se há uns 7 anos atrás e, dessa maneira Íris precisa se adaptar a uma vida morando sozinha, morando em uma grande casa no centro da cidade.

27/07/01 – Sexta-feira: Primeiro contato com a cliente. Quando no contato com a filha, pelas informações recebidas, fiz idéia de alguém bastante debilitada com o quadro depressivo, pensei encontrar uma senhora (mesmo velha) de 74 anos, que é sua idade, usando roupas desgastadas pelo tempo, cabelos desalinhados, faces de uma tristeza profunda. Surpreendi-me quando ao chegar na casa da cliente, ela mesma abriu a porta, mostrava-se bastante ativa, vestida de maneira sóbria porém mostrando sinais de uma vaidade presente, baton na boca, pés com sapatos scarpin, cabelos devidamente penteados, dando mostras de alguém que se preocupa com sua aparência, com muita vitalidade presente, apesar da idade.

Contudo, no contato verbal, pude notar uma conversa confusa, uma ansiedade presente ao desenvolver seu pensamento sobre o que estava lhe acontecendo. Falava tudo e misturava assuntos. Eu me sentia perdida naquela fala, contudo, sentada à sua frente, esforçava-me para escutá-la com muita atenção, sem perder uma só palavra e procurando fazer um encadeamento lógico em tudo que falava. Pude sentir sua angústia em não saber o que estava acontecendo com ela, pois, dizia, “me peguei fazendo umas coisas que já davam sinais de que eu não estava boa”. Falava de confusão nos negócios, de uma compra de um produto- óleo de massagem – em que se vira envolvida com o vendedor desse óleo, deixando-se levar pela sedução desse senhor, o qual despertou nela, o interesse e o desejo de uma companhia, após vários anos sozinha. Percebi que ela culpava-se por não ter dado a atenção que ele solicitava dela. Ela dizia: “Eu fui muito orgulhosa, a minha amiga já me disse que eu sou orgulhosa”. Parecia arrependida de não ter dado a oportunidade ao senhor que se mostrava interessado nela, ao mesmo tempo em que parecia achar que ele queria se “aproveitar” de sua condição de estar só, ter uma casa própria, poder fazer negócios, não sei, para mim é confuso entender toda essa história.

Conversei com ela por quase 2 horas. Expliquei sobre o trabalho de AT, que estaria indo vê-la 2 vezes por semana e que juntas programaríamos o que fosse importante para ela fazer naquele dia. Falei do objetivo do trabalho terapêutico, no sentido de esclarecer que tudo iria ser feito para que ela pudesse lidar de maneira mais saudável possível de sua condição depressiva e de sua realidade de morar sozinha.

Deixei marcado o próximo encontro para domingo, pois a filha irá viajar e será a primeira vez depois de sua alteração psíquica que iria ficar sozinha em casa, porque também sua irmã de Morro Agudo, que sempre vem ajudá-la, irá viajar de volta para casa dela.

29/07/01 – Domingo: Fomos ao chorinho na USP, o Projeto Café da Manhã do Museu do Café, em que um conjunto toca chorinho e todos dançam. Tem gente de todas as idades e, principalmente, o pessoal de 3ª idade. Cheguei às 10 hs, conforme combinamos, para pegá-la em sua residência. Encontrei-a muito bem vestida: saia jeans azul, que combinava com uma blusa de botões na frente, listrada também de azul, agasalho nos ombros, sapatos tipo scarpin, bolsa à tira colo, que combinava com os sapatos, cabelos devidamente arrumados, baton vermelho nos lábios, óculos de sol. Seu rosto demonstrava um ar de insatisfação, testa franzida, voz melancólica e a sempre queixa: “Eu preciso ter vontade. Eu não tenho vontade. Quero ter vontade de ter vontade. Não sei como eu pude ficar assim. Tive uma amiga, que da outra vez que fiquei deprimida, ela me tirou disso, me levava para sua casa, encorajava-me para fazer as coisas; eu ajudava-a a costurar, pois ela é modista. Agora que foi embora para outra cidade, fico sem ninguém, ela foi que me tirou da depressão, da outra vez.” Ao lado dessa sua fala ela não parava de falar ansiosamente. Contava sobre tudo o que havia acontecido em sua vida sem uma ordem seqüencial, necessitando que eu fosse pontuando sua fala e procurando escutá-la atentamente, ir percebendo sobre o que estava falando. Lembro-me que falou muito sobre relações com namorados que havia tido quando era jovem. Disse-me que sempre se envolvia com homens que depois descobria que eram casados. Falava de uma ingenuidade sua que não se dava conta sobre a situação do rapaz. Disse que uma vez começou a namorar um rapaz e este estava querendo casar-se com ela e aí ela contou para ele que havia namorado um homem casado, sem saber, aí ele se afastou dela, pois havia perdido a confiança em sua pessoa.

Nesse dia ela continua a sua queixa que era preciso ter vontade de fazer as coisas. Disse que teme ficar em casa sozinha, quer fazer muitas atividades fora de casa e não tem vontade de cuidar das coisas de casa.

Sentamos em um banco próximo à pista de dança. Ela não parava de falar sobre sua angústia e inconformismo de estar nessa situação. Perguntava-me se tinha jeito de ‘ficar boa’. Fala que não sabe como pode melhorar. Faz cara de descrença quando lhe falo que o estado depressivo é mesmo assim, a pessoa não consegue perceber a saída mas que o tempo junto com o tratamento de apoio recebido, assim como com a colaboração do cliente auxilia no processo terapêutico.

Em um determinado momento, levantamos e vamos para o outro lado da pista e ficamos próximas à pista observando as pessoas dançarem. Ela fica olhando e dizendo o quanto acha que as pessoas são felizes e ela não. Mostro para ela várias pessoas de idade avançada dançando, inclusive com pessoas mais jovens.

Sinto no contato com ela seu rosto incrédulo ante a perspectiva de melhora. Faz uma boca entreaberta e meio risonha, algo quase irônico.

Levei-a para casa e ao deixá-la ela falou que iria na casa de uma amiga ali perto, para ver se poderia almoçarem juntas. Deixei-a na praça, próxima a sua casa, onde iria atravessá-la para ir na casa de sua amiga ali perto.

02/08/01 – Quinta-feira:

07/08/01 – Terça-feira: A cliente desmarcou o atendimento.

09/08/01 – Quinta-feira: Encontrei-a preocupada com contas a pagar, queixando-se de desorganização em suas atividades, confusa. Orientei-a a comprar uma agenda e ali ir colocando seus compromissos, atividades a realizar, podendo ajudar em sua confusão, pois pelos dias da semana e horários visíveis aos seus olhos na agenda, poderia ajudá-la a sentir-se mais segura na perspectiva de uma organização também interna.

Foi comprar a agenda mas queixava-se de que não saberia utilizá-la. Falei que ensinaria, como assim fiz. Ela aceitou, colocando nos contatos telefônicos da agenda, todos os números úteis para ela.

Senti, nesse dia parecer ter começado a realizar algo mais palpável no sentido de ajudá-la. Fico me sentindo confusa sobre o que fazer para ajudá-la. Percebo a dificuldade de vínculo dela. A mim parece que ainda não percebeu o objetivo dos acompanhamentos. Sinto que ainda preciso explicar-lhe melhor o que faço para ajudá-la.

14/08/01 – Terça-feira:

16/08/01 – Quinta-feira: Levei-a até o otorrino, havia tido no final de semana um sangramento nasal, necessitando ir até o hospital para cauterizar, chamou uma amiga para levá-la. Enquanto esperávamos a consulta ela foi me contando o quanto estava com sono aquele dia. Parecia estar menos ansiosa. Disse que havia andando na praça um outro dia de manhã cedo, que uma amiga lhe chamou. Falou que foi com muito esforço que levantou. Continua falando sobre a vontade de ter coragem de fazer as coisas e sobre a sua dificuldade no contato com a casa, estando sozinha. Várias sugestões lhe são dadas por mim, acerca dos serviços da casa: poderia Ter uma empregada para arrumar a casa e fazer o almoço, ao tempo em que teria alguém diariamente em casa, conforme fala que é sua falta. Ela não aceita justificando “O que eu iria fazer? Eu preciso fazer as coisas de casa mas não tenho coragem.”

Sinto na cliente um rebatimento de todas as ações propostas em seu auxílio. É confuso. Às vezes tenho a sensação de que ela recebe o tratamento por que sua filha assim coloca que é preciso. Percebo sua confusão com relação a tudo. É insegura em decisões a serem tomadas e demonstra um certo deixar-se influenciar pelo o que os outros falam.

Fala sempre do tanto de coisas que tem de atividade para fazer e que não sente ânimo de fazer nenhuma. Contudo, ao mesmo tempo dessa sua queixa, vai realizando todas elas quais sejam: bordado em uma casa comercial próximo à sua casa; sopa para os pobres, nos sábados na Casa da Sopa; grupos de oração em casa de uma colega do centro espírita; palestras no centro espírita, etc.

Percebo que ela sempre esteve envolvida com muitas atividades e que tem muitas pessoas conhecidas, que até mesmo a levam para os lugares, lhe telefonam, ou ela vai até à casa, enfim, possui um círculo de amigos e muitas atividades a fazer. Contudo, sua insatisfação e queixa de não ter ninguém com quem contar é constante. Tenho a sensação de que ela não consegue enxergar o que pode fazer. É algo insatisfatório. Sua necessidade está além de atividades, vem de muitos anos. Ela refere sobre um vazio dentro dela e eu posso mesmo perceber esse vazio ao vê-la inconformada com sua situação, reativa até com o seu momento. Fala sempre de ter alguém todo os dias ao seu lado, como se isso resolvesse esse seu vazio interno. Parece querer que a resolução venha de fora para dentro. É o outro que teria poder em salvá-la desse sentimento.

No contato com ela sinto uma irritabilidade à vezes com sua colocação de que não consegue fazer as coisas. Ela reage de maneira ansiosa fazendo um monte de coisas e permanece falando que não fez. A minha irritabilidade permite que eu lhe dê limites: focar sobre a importância de ser tratada, o horário e dia da semana para a sessão de acompanhamento. Comecei a senti-me invadida deixando-me levar pela sua angústia: eu ligava todos os dias no início dos acompanhamentos, passava do horário das sessões; ficando mais do que o proposto, ou o necessário, quando lhe telefono.

16/08/01 – Quinta-feira: Levei-a à tarde no retorno com o médico psiquiatra. Foi diminuída a dosagem do anti-depressivo, segundo me comunicou o médico.

21/08/01 – Terça-feira: Precisei cancelar a sessão.

22/08/01 – Quarta-feira: Levei-a até o banco para que pagasse contas e sacasse um dinheiro que precisava.

29/08/01 – Quarta-feira: Saiu de carro a primeira após ter entrado em estado depressivo. Apresentou bastante destreza ao volante e até comentou: “Olha ai, andar na companhia de alguém é outra coisa...Me sinto mais confiante ao volante..!”

04/09/01 – Terça-feira: (pelo telefone): Liguei para ela a seu próprio pedido. Quando liguei ela atendeu extremamente ansiosa, querendo já desligar, dizendo que tinha um compromisso e que eu ligasse mais tarde para falar com ela. Já ia desligar o telefone, quando eu consegui lhe perguntar o que estava havendo e que ela se acalmasse para falar. Pedi que respirasse fundo antes de falar. Falei também que eu não poderia ligar mais tarde e que, pelo que ela estava me explicando do seu compromisso, achava que ela poderia tirar uns 5 minutos para falar ao telefone, sendo que partiu dela própria a solicitação de que eu lhe telefonasse. Fiquei irritada com a maneira como me tratou ao telefone. “Olha você me liga depois pois eu tenho um compromisso...” e eu perguntava: “O que aconteceu Íris, onde você vai com tanta pressa?” Ela: Ah, é que tenho que ir na casa de minha amiga, já estou em cima da hora...” Eram 19h e ela falava do compromisso às 20h. Após atender o pedido de que se acalmasse e me escutasse, ela permaneceu ao telefone por quase 30 min, falando de sua ansiedade, desacelerando aos poucos. No final se encontrava com uma voz menos acelerada e respirava entre as frases. Eram longos suspiros!

05/09/01 – Quarta-feira: Novamente de carro ela dirigiu até a UNAERP para pegar o diploma de sua filha. Sua irmã ia chegar naquele dia. A sessão foi cancelada por ela no dia anterior, pelo telefone, dizia que sua irmã ia chegar, que a hora da sessão está ruim, que não adianta nada o tratamento. Contudo, deixei em aberto sua confirmação sobre a sessão, ao que ela ligou para o consultório e confirmou. Ela viajou para Morro Agudo no feriado e ligou para o consultório no dia anterior à sua sessão, avisando que ainda estava lá, cancelei a sessão então.

13/09/01 – Quinta-feira: (pelo telefone, após o Médico ter me ligado)

19/09/01 – Quarta-feira: Cheguei à casa da cliente no horário combinado e a encontrei vestida com uma blusa vermelha, calça de brim marrom, batom e cabelos alinhados e penteados. Andava de maneira agitada, como que na ponta dos pés. Entrei e ela foi falando: “Será que tem alguma coisa para eu fazer no corpo... algo que me ajude diferente?”. Pedi para que sentasse no sofá e foi dizendo que hoje ela não estava bem e deitou-se em meu colo dizendo: “Hoje só estou com vontade de fazer isso...” Daí levantou-se e foi falando sobre a preocupação com o aluguel da sala comercial, cujo inquilino pagou em atraso e que fica sem saber o que fazer. Falei para ela que para ajudá-la a se despreocupar dessa situação era preciso deixar a cobrança do aluguel à administradora responsável e acertada pelo genro. Lembrei-lhe que isso já havia sido providenciado por ele e que ela poderia saber quem é que está cuidando do contrato feito com o inquilino, para que pudesse ficar nas mãos dessa administradora. Ela já não deixava ser concluído esse assunto e foi partindo para outro: que tem que resolver se vai para São Paulo, dar apoio à filha que espera um bebê. Eu voltei sua atenção de volta à conclusão do assunto do aluguel, dizendo que fôssemos concluindo cada assunto por vez. Ela escutou e lamentou: “Nossa! Como eu pude ficar assim? Não tenho coragem, não sei o que posso fazer da vida... Tinha que levar aquilo ali para minha amiga (aponta para a mesa que tem dois sacos de supermercado com um maço de brócolis e frutas) e não tive coragem de fazer isso, fui no bordado e não consegui fazer uma ponto novo que me ensinaram, fiquei nervosa e vim embora para casa. Ontem acordei, tomei banho e depois, sem vestir roupa, me cobri e fiquei mais um pouco deitada, pedindo coragem, daí levantei às 11h e fui fazer algo para comer a pulso. De manhã, quando vou tomar café, deixo o leite ferver e depois faço o café para tomar empurrado, hoje mesmo empurrei uma banana para dentro...Nossa! É muito difícil, não consigo limpar a casa, se tivesse a casa de alguém para eu ir poder dormir... Preciso de estar com as pessoas. Fui para casa de minha irmã, vejo ela fazendo todas as coisas com disposição e fico triste de eu não conseguir fazer assim, ai não fica bom também. Não adianta eu ir para casa de ninguém e não tá bom ficar em casa... É uma luta dentro de mim.”

Falei para ela que tenho a sensação de que é muito difícil o seu contato com sua própria casa e com sua realidade de estar só. Que isso é legítimo, dá tristeza mesmo. Daí ela voltou o assunto sobre em ir para São Paulo estar com sua filha. Perguntei para ela como se sentia com o fato de Ter que dar apoio de mãe para a filha que estava precisando dela nesse momento. Ela disse que dava aperto no peito, sentia uma tristeza em se ver sem condições



de dar apoio à filha. Perguntei como era saber que vinha um neto e essa condição da filha grávida. Ela disse sentir-se desanimada e gostaria de Ter vontade de dar apoio, ajudá-la no que fosse preciso, mas acha que não pode ir lá fazer o bordado que a filha lhe está pedindo.

Trabalhei corporalmente com ela sua base em pé, dando exercício de grounding em pé, alinhamento no grounding e ampliação na respiração. Ela vibrou as pernas e todo o corpo, no momento em que colocou braços para o alto no grounding. Contudo, parecia sair do eixo, quando a vibração se fez presente. Ia auxiliando nos movimentos e perguntando como se sentia. Ela referiu aperto no peito, coração pesado, cansaço. Depois dos exercícios, pedi para que andasse um pouco pela sala de sua casa e pudesse perceber como se sentia explorando sua casa. Ela disse sentir vazio, abandono, tristeza, vontade de deitar na cama. Falei que era preciso deixar o cansaço levá-la a deitar-se e ela respondeu que se fizer isso não levanta mais. Pude lhe indicar que muitas vezes, apesar da vontade de ficar na cama, ela não se entrega a isso e procura fazer coisas fora de casa, seu contato com sua própria casa é muito difícil. Ela concorda e escuta com atenção. Sugeri que ficasse com essa sensação de tristeza, cansaço e desânimo, para que através do contato e mobilização do que sente, vira algum movimento a fazer de sua parte. Disse-lhe que ser humano não tem jeito de evitar de sentir, isso queimaria etapas, partir para a ação sem saber o que sente.

Nesse dia, pude sentir que o vínculo se fortaleceu mais, percebi dentro de mim, que havia encontrado uma maneira de ajudá-la através do contato com sua emoções e consegui falar-lhe sobre isso de uma maneira melhor conectada comigo mesma.

Observação: A cliente viajou para São Paulo no dia 21/09. Uma amiga sua liga para o, dia 24/09, avisando que naquela semana não haveria sessão de AT pois Íris ainda estava em São Paulo. Na semana seguinte, 02/10, ligo para confirmar a sessão e ela permanecia em São Paulo, sem, portanto dar nenhum aviso. Na semana em que chegou de viagem, 08/10, ligou e pediu para avisar que não quer mais continuar com as sessões. Vou até ela e esclareço da necessidade de continuidade do trabalho terapêutico, em vista de sua quaixa da dificuldade de contato com sua realidade de morar sozinha. Contudo o AT é interrompido quando a cliente vai para São Paulo novamente, agora para o nascimento de sua neta. Ela continua com acompanhamento psiquiátrico medicamentoso, mais esporádico.