

QUEM SÃO NOSSOS ACOMPANHADOS? COMO FAZEMOS AT?
ACOMPANHAMENTOS TERAPÊUTICOS REALIZADOS PELA EQUIPE
TRILHAS ENTRE JULHO DE 1995 E JULHO DE 2002

Ana Paula de Freitas

A TRILHAS – Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de Uberlândia iniciou suas atividades em julho de 1995. Nossa referência do acompanhamento terapêutico então era através da pouca bibliografia disponível na época e do trabalho desenvolvido no Hospital-Dia A CASA, em São Paulo. Aliado aos primeiros atendimentos, realizávamos supervisões auto-dirigidas dos casos. Nossos encontros eram (e ainda são) semanais. Neles discutíamos não só as teorias sobre pacientes críticos, mas os aspectos práticos do acompanhamento: o contrato, os cuidados durante as saídas, quanto cobrar, entre outros.

Sendo uma equipe não ligada a uma instituição psiquiátrica, começamos a pensar também como iríamos oferecer o trabalho e para quem, já que estávamos ‘inaugurando’ o serviço na cidade.

Aos poucos, paralelamente à importante referência paulista, fomos descobrindo as peculiaridades de uma equipe de trabalho desvinculada de uma instituição. Novas dúvidas começaram a nos inquietar e as respostas à elas tiveram de ser criadas. Hoje, lembrando daquele início não só como at¹ mas como psicoterapeuta, vou percebendo a infinidade de perguntas que vão surgindo e a angústia que nos acomete ao constatar que tudo o que sabemos sobre a clínica das psicoses não é suficiente para ajudar aquele sujeito tão singular diante de nós, sofrendo. Primeiro, porque a clínica nem sempre é de psicoses. Segundo, porque a espontaneidade e a criatividade² para lidar com o inesperado não acontece através de estudos, mas de vivências de situações reais.

À medida em que ‘vivíamos’ as mais inusitadas situações, nos tornávamos então mais criativos e também mais curiosos sobre o funcionamento deste dispositivo chamado AT. Este artigo é fruto da tentativa de responder a uma de minhas curiosidades: afinal de contas, *para quem* fazemos at hoje ?

¹ Usarei at para acompanhante terapêutico(a) e AT para acompanhamento Terapêutico, tal qual proposto por Barreto (1998)

² No sentido psicodramático.

Ao começar a respondê-la, recorri ao que me pareceu mais familiar no momento: a categorização de três dados: o diagnóstico psiquiátrico, a idade e o tempo de acompanhamento. Mas, ao classificar e analisar estas categorias para apresentá-las ao leitor, senti que faltava algo mais a ser compartilhado. Relendo a monografia de José Carlos Eggers (1983), percebi que seria importante compartilhar também nossas experiências, ou seja, *o que* descobrimos hoje em nossa prática. Pensado por toda a equipe nas várias supervisões, nos relatos de casos, nas várias leituras e até em nossas conversas informais, este estudo é portanto uma pequena síntese da maneira como percebo nosso ‘fazer acompanhamento terapêutico hoje’.

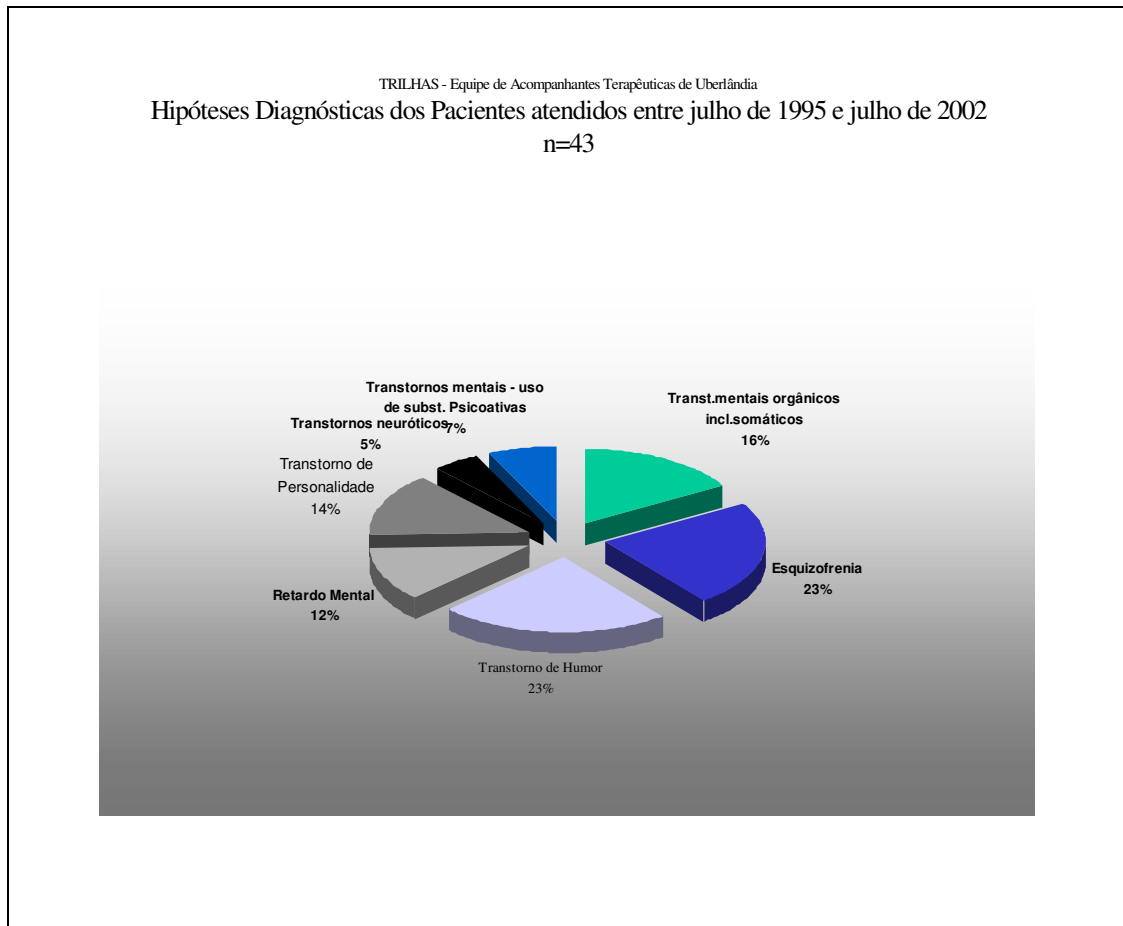
Assim, não só contribuímos um pouco mais para a difusão do AT no Brasil, mas também podemos ajudar outros acompanhantes a sistematizarem e a ampliarem cada vez mais novos estudos para este campo do saber.

2. INICIANDO O ESTUDO: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Pensar uma intervenção em saúde mental não é uma tarefa simples. Além do grande número de variáveis a serem consideradas, os primeiros relatos dos pacientes e dos familiares nem sempre trazem informações suficientes e coerentes para o planejamento das ações. Num primeiro momento da avaliação, precisamos compreender a dinâmica não só do paciente, mas do seu átomo social, ou seja, do grupo de pessoas diretamente ligadas à ele (MORENO, 1994). O diagnóstico psiquiátrico torna-se então uma primeira grande ajuda para nós, acompanhantes terapêuticos, ao idealizarmos as alternativas não-medicamentosas para as intervenções. Além de auxiliar a compreensão de alguns dos processos mentais do paciente, os primeiros contatos com o psiquiatra ajudam a formar o primeiro ‘nó’ do que depois será a ‘rede de sustentação’ do tratamento deste paciente.

O gráfico a seguir mostra os diagnósticos principais feitos pelos psiquiatras dos pacientes acompanhados. O período estudado compreendeu os primeiros 7 anos de trabalho da equipe (julho de 1995 a julho de 2002). Foram escolhidos apenas os pacientes que ficaram em tratamento pelo menos por 1 mês (aproximadamente 12

encontros) ou cuja intervenção foi mais rápida porém de maior intensidade, como passar a noite com uma paciente que ameaçava se suicidar.³



Os *Transtornos de Humor* e as *Esquizofrenias* foram os diagnósticos predominantes, cada um com 23,25% (n=10), respectivamente. Nos primeiros, houve predominância de casos de Depressão Psicótica e Transtorno Bipolar.

Os *Transtornos mentais orgânicos incluindo somáticos* também tiveram uma incidência considerável em nossa amostra: 16,27% (n=7). Nesta categoria, atendemos pacientes portadores de Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer e estresse pós cirúrgico.

Nos *Transtornos de personalidade* (13,95%), predominaram pacientes com personalidades paranóicas e esquizóides. Quanto à categoria *Retardo Mental*, tivemos oportunidade de atender uma pessoa portadora de Retardo Mental Leve.

³ Este critério refere-se aos demais gráficos deste estudo.

Logo após a avaliação, a equipe parte para a discussão de um projeto terapêutico para este paciente. Às vezes é tarefa relativamente fácil, outras vezes um pouco mais elaborada. Algumas vezes a demanda é de tal intensidade que este projeto acaba sendo construído ao longo de meses, à medida em que o AT acontece.

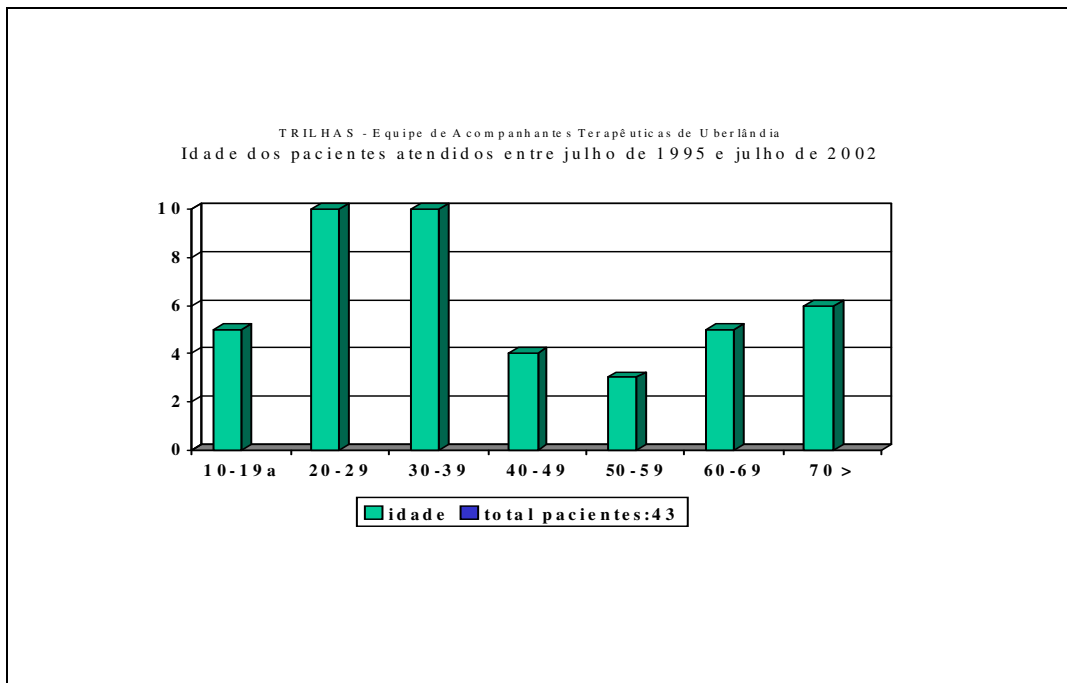
E como acontece a criação deste projeto? Começamos por descobrir com o cliente uma ou duas atividades possíveis, que sejam significativas para ele, que ofereçam uma possibilidade de comunicação e que sejam, em alguma medida, integradoras dele consigo mesmo (BENETTON, 1991, pp. 26-48). Muitas destas atividades realizadas em casa, com arrumar o armário, colocar o lixo para fora, pentear o cabelo ao acordar, ver revistas. Outras na rua, como passear, fazer compras, distribuir currículos, ir ao banco. Procuramos nos informar também de cursos rápidos, palestras, oficinas, exposições, enfim, dos recursos que a cidade dispõe para a nossa circulação (acompanhante e acompanhado).

Procuramos manter o psiquiatra a par deste projeto. No entanto, isto ainda não acontece de forma sistemática, pela própria característica da clínica privada – trabalhamos com diversos profissionais na cidade. Nossos contatos são feitos então por telefone, e-mail e principalmente ao acompanharmos o paciente em sua consulta periódica.

Poucas vezes tivemos a oportunidade de trabalhar com um psicoterapeuta. Quando isto aconteceu, percebemos o quanto o trabalho foi enriquecido principalmente em relação ao desenvolvimento de duas das funções do AT propostas por Mauer e Resnizky: a de representar o terapeuta e a de informar sobre o mundo objetivo do paciente (1987, pp. 41-42).

3. IDADE DOS PACIENTES

O segundo dado analisado referiu-se à idade dos pacientes. O gráfico mostra uma concentração de atendimentos a pacientes entre 20 e 39 anos: 46,51% (n:20).



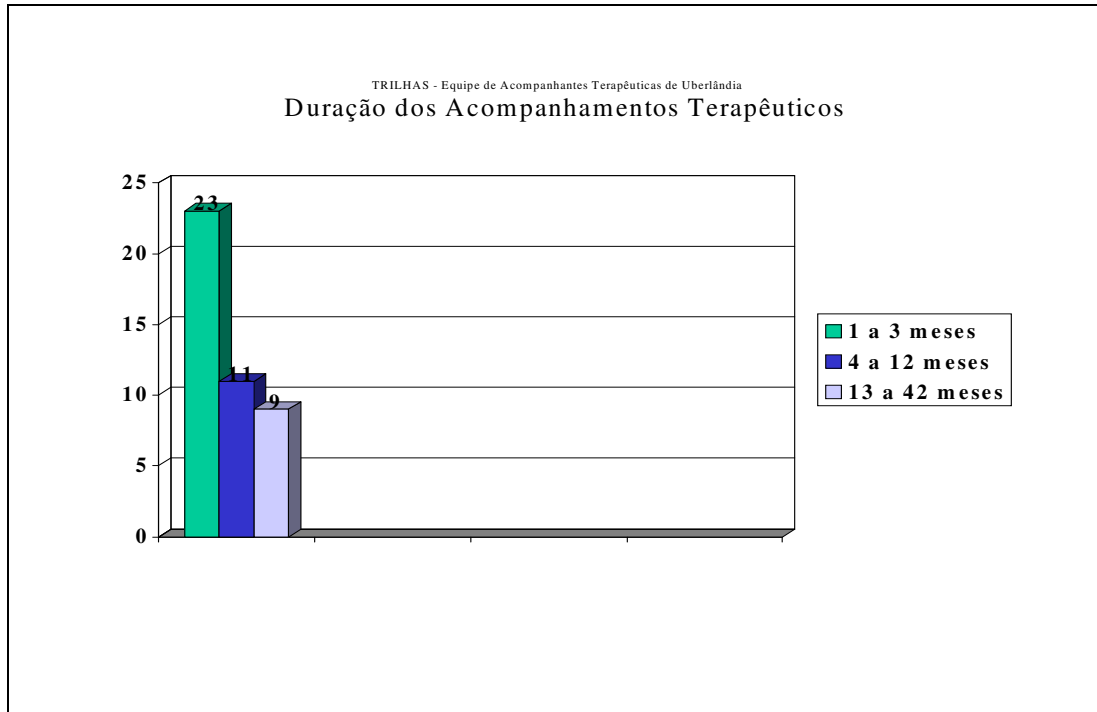
Uma hipótese levantada é a tentativa da família de buscar ajuda logo no início da doença, talvez numa esperança de ‘cura’, e/ou tentativa de resgatar alguma produtividade do paciente.

Houve menor procura na faixa etária que vai dos 40 aos 59 anos: 16,27% (n=7) . Inferimos que a família , após buscar várias alternativas de tratamento , tende a encontrar meios para se adaptar à nova situação, o que pode se dar por meio de uma ‘acomodação’ ou ‘desistência’, o que dificulta a busca por novos tratamentos.

Já na faixa etária dos 60 anos acima, ocorre um outro aumento da procura por tratamento: 25,58% (n=11). Percebemos que, se por uma lado, a convivência com o idoso ainda é conflituosa em boa parte das famílias, a dificuldade se acentua quando existe a doença mental. Há também uma tendência a um aumento de transtornos orgânicos, e em alguns casos aumento da dependência do idoso, o que pode desorganizar a rotina familiar devido ao estresse advindo destas situações. Acrescente-se a isto certos sentimentos de culpa e reparação⁴ dos familiares, e tem-se o ‘motor’ para um novo investimento no paciente identificado.

⁴ Não raro ouvimos frases do tipo: “Ela passou muitos anos assim, precisamos fazer alguma coisa”; “Quero dar uma melhor qualidade de vida ao papai”; “Que pena não termos conhecido este tratamento antes” .

4. DURAÇÃO DOS ACOMPANHAMENTOS TERAPÊUTICOS



O gráfico nos mostra a duração dos acompanhamentos terapêuticos divididas em 3 etapas: de 1 a 3 meses; de 4 a 12 meses e de 13 a 42 meses. O maior número de atendimentos (n:23) se situa na etapa de 1 a 3 meses; segue-se a etapa entre 4 e 12 meses (n:11) e finalmente os acompanhamentos de maior duração (n:9) abrangendo um período de 13 a 42 meses.

Em nossa prática, é a família - e não o paciente - quem contrata os acompanhamentos, geralmente após encaminhamento do médico. Sendo assim, uma outra pergunta surge em relação à motivação desta família em aderir e/ou dar continuidade ao tratamento. Duas hipóteses são levantadas:

1. Percepção dos resultados: a família muitas vezes deseja alguém que escute e compreenda seu sofrimento. Num primeiro momento, o AT é colocado nesta função – depositário de queixas e frustrações. É como se a família encontrasse nele (a) um aliado. À medida em que o paciente começa a dar respostas

diferentes das costumeiras, a família vai sendo solicitada a se reorganizar em uma nova configuração . O AT passa então a ser percebido não mais como um aliado, mas um elemento desorganizador do grupo familiar. Este é um momento crucial, em que quase sempre são necessárias intervenções mais frequentes junto à família. A opinião do médico psiquiatra é muito importante neste momento, pois reforçará a importância da continuidade do tratamento. E o acompanhante, por sua vez, irá ‘traduzindo’ os novos comportamentos do paciente, de forma a dar-lhes novos significados, bem como mostrar novas possibilidades de interação. A família então passa a perceber a ‘desorganização’ como uma mudança positiva, deste modo apostando no tratamento.

2. Planejamento financeiro: a família se organiza e disponibiliza o investimento financeiro para o tratamento, deste modo mantendo-o pelo tempo necessário.

E o que faz com que o acompanhamento não continue? Em nossa amostra contabilizamos 50 % dos pacientes (n:21) cujas famílias (quase sempre) interromperam o AT. A falta de condições financeiras é a justificativa mais comum. Mesmo sabendo ser um trabalho de longa duração e na maioria das vezes sem prazo estipulado para terminar (com raríssimas exceções) as famílias parecem ter dificuldades diversas em planejar o orçamento para o at. Junte-se a isto o fato de que os pacientes quase sempre necessitam de assistência de diversos profissionais, fato este que gera custos mais elevados para os familiares.

Não obstante as dificuldades financeiras, uma atitude quase sempre observada nas interrupções está relacionado à ‘desistência implícita’, à **falta de investimento afetivo** que muitas vezes permeia as relações entre paciente e cuidador. Explico: longas histórias de doença mental resultam em desgaste bastante comprometedores dos vínculos afetivos familiares. O perfil de nosso paciente, como já foi anteriormente mencionado, traz várias histórias de tratamento interrompidos, bem sucedidos ou não. E sendo a ‘resposta’ (mudança visível de comportamento) demorada, ou às vezes, diferente da expectativa da família, esta logo se desmotiva, justificando o famoso ‘não vai adiantar nada mesmo’. Além disso, um de nossos objetivos constantes é a melhora dos vínculos familiares. Ora, esta melhora supõe aproximação entre paciente-familiares, e esta aproximação requer que do familiar novas responsabilidades, agora não só pelo pagamento do tratamento, mas pela sustentação e confirmação da nova maneira que este paciente vai se relacionar dali em diante. Se a família tem um funcionamento

minimamente saudável para compreender (ou pelo menos aceitar) o que está acontecendo, ela manterá o AT. Caso este funcionamento esteja mais comprometido, a interrupção certamente acontecerá.

4.1 Finalizações dos acompanhamentos

Diferentemente das interrupções, que acontecem no começo ou no meio do trabalho, as finalizações são os termos acordados entre paciente/família e at, quando do cumprimento de um objetivo específico e quando não há mais necessidade na continuação do trabalho. Por exemplo, um at solicitado para acompanhar uma paciente durante as férias da terapeuta: O trabalho termina no momento em que a terapeuta retorna. Ainda que a at avalie a necessidade de continuação do trabalho, consideramos finalização pois o objetivo foi cumprido.

As oportunidades de finalizarmos um acompanhamento são escassas, devido ao que discutimos anteriormente. Mas é importante sabermos em que circunstâncias elas acontecem. Dentre o número de casos acompanhados (n:42), houve 8 finalizações (18,6%). A tabela abaixo mostra as solicitações feitas à equipe e os respectivos objetivos atingidos:

SOLICITAÇÕES	OBJETIVOS ATINGIDOS
1.Suporte durante as férias do psicoterapeuta	Retorno da terapeuta
2.Contenção de ameaça de suicídio de uma paciente que passaria a noite sozinha (pedido feito por sua psicanalista)	Retorno dos familiares Continuação da análise
3.Contenção / tratamento de crise psicótica	Paciente, já fora de crise, muda-se para outro país para viver com familiares
4.Acompanhamento de paciente terminal	Falecimento da paciente
5.Suporte emocional durante período de estresse pós traumático	Pacientes retomam atividades de seu interesse

5. PROCESSANDO O QUE APRENDEMOS ATÉ AGORA

A experiência mostra o quanto o acompanhamento terapêutico é eficiente para o trabalho com pacientes críticos. Mas, infelizmente, nem sempre conseguimos a aderência do paciente e/ou da família para o seu sucesso. Muitas vezes somos

‘capturadas em armadilhas inteligentes’, e ficamos algum tempo paralisadas, isto é, com dificuldades em discernir qual a melhor estratégia naquele momento.

Ao longo destes anos fomos descobrindo alguns procedimentos que em alguma medida nos permite ‘rastrear’ estas armadilhas. Vou procurar sistematizá-los:

1. O trabalho em dupla . Embora um pouco mais difícil de se operacionalizar (horários, estilos de trabalho, necessidade de comunicação clara e frequente) um paciente assistido por dois ats tem mais oportunidades de se relacionar de formas diferentes, executar diferentes tarefas. Além do mais, torna-se mais fácil enfrentar possíveis manipulações.
2. Supervisão constante. Fundamental para compreendermos o que está acontecendo e instrumentalizarmo-nos em favor do paciente.
3. Breves relatos escritos. Relatos dos acontecimentos da semana, de percepções do acompanhantes, planejamento de ações, etc. Permite ao acompanhante orientar-se cronológica e coerentemente, pois a quantidade de eventos num curto espaço de tempo às vezes é avassaladora.
4. Ampliação da rede de sustentação formada. Se esta começa com o at e o psiquiatra, ela deverá, na medida do possível, se estender a outras pessoas, profissionais ou não. A empregada da casa, o enfermeiro, o professor de pintura, a diretora da casa de repouso, o vizinho são exemplos de pessoas com as quais vamos contar para que o AT possa ter sucesso.
5. Cuidados com o contrato. Numa família com funcionamento psicótico, a comunicação é atribulada. Em geral (mesmo se vamos trabalhar sozinhos) fazemos o contrato com a presença de outro membro da equipe, e solicitamos quando possível a presença de mais de um responsável, além do próprio paciente.
6. Muitas vezes as interrupções são feitas de forma inesperada e abrupta. Quando isto acontece, aprendemos a não aceitá-la prontamente, mas marcar outro encontro, quando teremos entendido melhor o pedido da família , podendo fazer então os encaminhamentos de forma mais adequada. Alguma vezes a finalização se mantém, mas em outras uma discussão pode esclarecer dúvidas ou reorientar o trabalho para evitar sua interrupção.

Desnecessário dizer que estar atendo a tudo isto por si só não garante um trabalho de sucesso junto ao paciente. É importante que exista um desejo de mudanças que perpassa paciente, familiares e profissionais; e, muito importante, que exista confiança de que

este paciente pode e deve ter um papel diferente do lugar do peso-morto, da vítima, do louco ou qualquer outro papel que o desqualifique diante de si mesmo e dos outros.

6. CONCLUINDO

O Acompanhamento Terapêutico é um rico instrumento de trabalho que continua a pedir mais pesquisas e sistematizações em relação à sua prática. Uma das principais razões para isto é o fato de esta prática estar estreitamente ligada às várias especialidades do conhecimento além da psicologia e da psiquiatria clínica, como a psicologia da saúde, a psicologia social, a enfermagem, a arquitetura, entre outras.

Minha intenção foi mostrar estas pequenas fotografias, que nos permite uma avaliação de nosso percurso até agora. Adquirimos experiências tão surpreendentes quanto as cenas vividas com nossos acompanhados. Cenas cotidianas, num palco móvel, com direito a desempenhar um ‘sem número’ de papéis: amigas, professoras, damas de companhia, intrusas, namoradas, filhas, irmãs. Às vezes somos até psicólogas...(Fico me perguntando em quantos trabalhos tem-se a oportunidade de viver tantas personagens...) Sim, a parada é necessária para aquele que deseja continuar sua viagem. Pausa para descanso, para o alimento: o precioso exercício da escrita , para escutarmos nosso desejo e reafirmarmos nossa convicção de que este é o caminho por onde queremos prosseguir: continuar circulando pelas casas e ruas da cidade na tentativa de encontrar novos significados e lugares para a ‘loucura’ dos acompanhados e, sem dúvida nenhuma, para as dos respectivos acompanhantes.

7. REFERÊNCIAS:

1. BARRETO, K.D. **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.
2. BENETTON, M. J. **Trilhas associativas – ampliando os recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.
3. EGGERS, J.C. **O Acompanhante Terapêutico: Um recuso técnico em psicoterapia de pacientes críticos**. Monografia (Especialização) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983
4. MAUER, S. e RESNIZKY, S. **Acompanhamento Terapêutico e Pacientes Psicóticos**. São Paulo: Papirus, 1987
5. MORENO, J.L. **Quem Sobreviverá?** vols. I e II .Goiânia: Dimensão,1994