

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

**O acompanhamento terapêutico na assistência e
reabilitação psicossocial do portador de transtorno
mental**

Aline Cristina Dadalte Carniel

Ribeirão Preto
2008

ALINE CRISTINA DADALTE CARNIEL

**O acompanhamento terapêutico na assistência e
reabilitação psicossocial do portador de transtorno
mental**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: "Enfermagem Psiquiátrica: O Doente, a Doença e as Práticas Terapêuticas".

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto
2008

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Carniel, Aline Cristina Dadalte

O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental.

Ribeirão Preto, 2008.

103f: il. ; 30cm

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

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge.

1. Acompanhamento Terapêutico. 2. Assistência Psiquiátrica. 3. Reabilitação Psicossocial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Cristina Dadalte Carniel

O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em Enfermagem Psiquiátrica.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de pesquisa: "Enfermagem Psiquiátrica: O Doente, a Doença e as Práticas Terapêuticas".

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que estiveram ao meu lado e acreditaram nesta minha conquista e a todos os usuários, por uma vida melhor.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos **meus pais**, que acreditaram em meu potencial e ensinaram-me a seguir os caminhos do bem.

Aos **meus padrinhos**, pela dedicação incondicional e apoio por toda minha vida.

À **Família Dadalte**, que amo tanto e é onde me sinto acolhida e amada.

Aos **meus irmãos Matheus, Vinicius, Felipe, Priscila e Rita (cunhada)**, pela torcida e apoio em minha trajetória.

Aos **meus “irmãos, primos e amigos”, Mariana e Carlos Henrique**, pelo amparo afetivo em todos os momentos de minha vida e eles sabem o quanto esta vitória é importante para mim.

À **eterna amiga Jeane**, sempre compreensiva e dedicada, pelo companheirismo, participação e motivação.

À **grande amiga Tatiana**, pela possibilidade de troca por compartilhar os encantos e desencantos desta trajetória.

Às **grandes amigas Roberta e Gabriela**, pelas orações e por tantas velas acendidas ao Santo Expedito, por me encorajar a enfrentar meus medos durante todo caminho percorrido.

Ao **Enio José**, por fazer parte do melhor momento de minha vida, por tudo de belo que construímos e construiremos ao longo de nossas vidas, por me incentivar, de forma incondicional, à leitura e conhecimento, pelo amor e dedicação que tem por mim e por tudo que eu faço.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**, por ser um grande Mestre, pelos incentivos e pela determinação, pela humildade e simplicidade em mostrar-me os caminhos a serem percorridos, um exemplo de vida e de amor ao próximo.

À **Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso e Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão**, por confiarem e acreditarem em meu trabalho e concederem a oportunidade de trabalharmos em um projeto de extensão universitária juntos.

Às **Professoras Dras. Ana Celeste de Araújo Pitiá e Marciana Gonçalves Farinha**, pelas valiosas sugestões apresentadas por ocasião do Exame de Qualificação.

À **Professora Dra. Ana Celeste de Araújo Pitiá**, pela compreensão e incentivo em momentos delicados, sua presença foi muito importante para o meu crescimento neste caminho que escolhi.

À **Terapeuta Cristina Almeida**, ponto de iluminação nos momentos de angústia e ansiedades de minha vida e pelos momentos felizes que compartilhamos, minha eterna gratidão.

Aos **Usuários** dos Serviços de Saúde Mental por onde passei, pela possibilidade de troca e pelo exemplo de luta e perseverança diante das dificuldades da vida.

À **Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho**, pela generosidade e afeto nos momentos difíceis.

À **Dra. Rosângela Russo**, pela oportunidade e apoio afetivo durante toda a pesquisa e pela interação e participação dos projetos realizados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A **Todos que participam da** Associação de Apoio ao Psicótico (AAPSI), por me receberem com muito amor e confiar em meu trabalho abrindo caminhos para esta longa jornada.

A **Toda equipe do CAPS** que por meio de seus gestos e atitudes me estimularam a percorrer este caminho e levar em frente esta prática clínica apoiando os projetos desenvolvidos.

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo, fazer da queda, um passo de dança, do medo, uma escada, do sonho, uma ponte, da procura, um encontro.

Fernando Pessoa

RESUMO

Carniel, A. C. D. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental.** 2008. 103f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A reforma psiquiátrica possibilitou transformações na assistência à saúde mental e o acompanhamento terapêutico (AT), como modalidade de assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, faz parte dessas transformações. Desde então, o acompanhante terapêutico vem ampliando seus conceitos e fundamentando suas bases teóricas, sendo sua prática cada vez mais aceita por diferentes profissionais e valorizada por preencher as lacunas deixadas pelos tratamentos psiquiátricos tradicionais, principalmente depois que as portas dos manicômios, que enclausuravam o referido portador de transtorno mental e as maneiras adequadas de assisti-lo e reabilitá-lo, foram definitivamente abertas. O objetivo do presente estudo foi investigar a contribuição do AT no processo de assistência e reabilitação psicossocial de um portador de transtorno mental assistido em um Centro de Atenção Psicossocial e escolhido com a ajuda de sua equipe multiprofissional. Para isso, foram estabelecidos 16 encontros de AT, os quais foram desenvolvidos em diferentes locais, observados, e seus conteúdos registrados após cada encontro, sintetizados e analisados, segundo o método qualitativo. Os resultados mostraram contribuição muito positiva do AT na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, tais como: resgate de sua auto-estima; retomada de realização de atividades que fazia anteriormente ao início dos sintomas de seu transtorno mental; motivação para novamente buscar o lazer e conviver de forma mais saudável no seu meio familiar e social; criação de momentos de confronto de seu estado mental com a realidade, possibilitando modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, foi possível considerar que o AT constitui-se em mais uma modalidade terapêutica contribuindo para a assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental e pode ser incluído nos planos terapêuticos dos serviços de assistência à saúde mental, pois se trata de modalidade terapêutica não tradicional, totalmente inserida no contexto da reforma psiquiátrica, que tem como princípio básico a mudança no foco da assistência aos portadores de transtornos mentais.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico. Modalidade terapêutica. Assistência psiquiátrica. Reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

Carniel, ACD. **Therapeutic continuity in health care and psychosocial rehabilitation of mental disorder patients.** 2008. 103f. Masters Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

The psychiatric reform made it possible for transformations to take place in mental health care and therapeutic continuity (TC), as a health care modality and psychosocial rehabilitation of individuals with mental disorders. Since then, therapeutic continuity has broadened its concepts and founded its theoretical bases. Hence, its practice has become increasingly acknowledged by different professionals and valued for the fact it fills the gaps that were left from traditional psychiatric treatments, mainly after the doors to asylums, which used to keep mentally ill individuals cloistered, were completely open and appropriate forms of looking after these patients and rehabilitate them were implemented. The purpose of the present study was to investigate the contribution of TC over the health care process and psychosocial rehabilitation of an individual with mental disorders seen at a Psychosocial Care Center, and chosen with the help of its multiprofessional team. To do this, 16 TC appointments were scheduled, which were carried out at different locations. These meetings were observed and their contents were recorded, summarized, and analyzed according to the qualitative method. The results showed that TC has a very positive contribution in the health care and psychosocial rehabilitation of mental disorder patients, with actions such as: recovering self-esteem, going back to activities the patient did before his mental disorder symptoms appeared, motivation to once again become involved in leisure activities and lead a healthier life among his family and social environment, creating moments of confrontation between his mental condition and reality, which made it possible to change his behavior and improve his quality of life. Thus, it is understood that TC is another therapeutic modality that contributes with the psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders. Furthermore, it can be included in the therapeutic plans of mental health care services, since it is a untraditional therapeutic modality totally inserted in the context of psychiatric reform, whose main principle is to change the focus of health care services to individuals with mental disorders.

Keywords: therapeutic continuity, therapeutic modality, psychiatric care, psychosocial rehabilitation.

RESUMEN

Carniel, ACD. **El acompañamiento terapéutico en la asistencia y rehabilitación psicosocial del portador de trastorno mental.** 2008. 103h. Disertación (maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

La reforma psiquiátrica produjo como parte de estos cambios, transformaciones en la atención a la salud mental y en el acompañamiento terapéutico (AT), siendo una modalidad de asistencia y rehabilitación psicosocial para el portador de trastorno mental. Desde entonces el acompañante terapéutico viene ampliando sus conceptos y fundamentando sus bases teóricas, de esta forma su práctica es cada vez más aceptada por diversos profesionales y valorizada por llenar las lagunas dejadas por los tratamientos psiquiátricos tradicionales, principalmente luego de que las puertas de los manicomios fueron abiertas, instituciones que enclaustraban a los pacientes con trastorno mental teniendo formas particulares de asistirlos y rehabilitarlos. El objetivo del presente estudio fue investigar la contribución del AT durante el proceso de asistencia y rehabilitación psicosocial de un portador de trastorno mental atendido en un Centro de Atención Psicosocial, el que fue escogido con la ayuda del equipo multiprofesional. Para ello fueron realizadas 16 reuniones de AT, las cuales fueron realizados en diferentes lugares, siendo observados y registrados los contenidos luego de cada encuentro, además de sintetizados y analizados según el método cualitativo. Los resultados mostraron contribución muy positiva del AT en la atención y rehabilitación psicosocial del portador de trastorno mental, como: rescate de su autoestima, retornar a sus actividades realizadas antes de iniciar los síntomas del trastorno, motivación para nuevamente buscar la distracción y convivir de forma más saludable en su ambiente familiar y social, promover momentos para enfrentar su estado mental con la realidad, posibilitar modificaciones en el comportamiento y una mejor calidad de vida. De esta forma, fue posible considerar que el AT se constituye en mas una modalidad terapéutica que contribuye en la asistencia y rehabilitación psicosocial del portador de trastorno mental, pudiendo ser incluido en los planes terapéuticos de los servicios de asistencia a la salud mental, pues se trata de una modalidad no tradicional, introducida dentro del contexto de la reforma psiquiátrica, que tiene como principio básico el cambio del foco de la asistencia a los portadores de trastornos mentales.

Palabras claves: acompañamiento terapéutico, modalidad terapéutica, asistencia psiquiátrica, rehabilitación psicosocial.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Panorama Histórico.....	17
1.2 Reforma psiquiátrica - tempo de mudar.....	23
1.3 Reforma psiquiátrica - em Ribeirão Preto.....	27
1.4 Acompanhamento terapêutico - novo olhar na assistência psiquiátrica..	28
1.4.1 Breve Histórico do acompanhamento terapêutico.....	28
1.4.2 que è o acompanhamento terapêutico.....	29
1.4.3 O acompanhamento terapêutico no Brasil.....	30
1.4.4 A Função ética do acompanhamento terapêutico.....	32
1.4.5 O acompanhamento terapêutico e a Família.....	34
1.4.6 O acompanhamento terapêutico e outras visões.....	35
2 JUSTIFICATIVA.....	41
3 OBJETIVO.....	42
4 MÉTODO.....	45
4.1 Sujeito e local.....	46
4.2 Características do local do estudo.....	46
4.3 Características da usuária do CAPS sujeito do estudo.....	47
4.4 Procedimentos.....	48
5 APRESENTAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO - PESRPECTIVA DE DIÁLOGO COM OS RESULTADOS.....	51
6 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS - ABERTURA AO DIÁLOGO SOBRE A PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	100
ANEXOS.....	102

APRESENTAÇÃO

O transtorno mental, desde os tempos em que era tratado como loucura, é visto e analisado sob diversos prismas. Tanto é assim que os campos do saber que se debruçam sobre o tema são, por diversas vezes, conflituosos, antitéticos, paradoxais, ainda, contemporaneamente, voltados à melhoria da vida dos portadores de transtornos. Algumas correntes adotam o viés fisiologista, enquanto outras abordam esses transtornos dentro de uma visão abarcadora das relações humanas como fonte desses e também como tratamento. Ficará claro ao ler o presente trabalho, que me enquadro nessa segunda visão, iniciada na minha infância, quando dos meus sete anos freqüentava, em algumas ocasiões, com minha prima Camila, o Hospital Psiquiátrico Vicente de Paula, onde minha tia Sônia trabalhava no atendimento a esses portadores. Dessa forma o meu contato com os ditos loucos sempre se deu de forma humana e natural, desmantelando preconceitos e marcando a minha vida.

Ao cursar a faculdade de psicologia, durante o segundo ano, entrei em contato com a Prof^a Dr^a Isabel Cristina Carniel que chamou minha atenção com relação ao trabalho do psicólogo dentro da área da Saúde Mental, o que, de fato, me interessou. Conhecendo o Hospital Psiquiátrico, seu funcionamento na reabilitação dos doentes e o trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT), fui me envolvendo cada vez mais com o assunto. Entrei na Associação Loucos Pela Liberdade de Luta Antimanicomial, realizando trabalho voluntário com portadores de transtornos mentais que procuravam o local para esclarecimentos de dúvidas sobre os seus transtornos e assistência. No último ano de faculdade, estagiei como acompanhante terapêutico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde a relação com a equipe foi cativante e a escolha pelo acompanhamento terapêutico estava feita.

Depois de graduada continuei a realizar trabalhos voluntários no CAPS, estudando assuntos relacionados à Saúde Mental, formando uma nova visão a respeito do trabalho em equipe e da importância da união entre as diversas formas de tratamento e o mérito do Acompanhamento Terapêutico dentro desse sistema complexo. Na esteira do amadurecimento, desliguei-me da Associação Loucos Pela Liberdade (que teve papel fundamental no meu crescimento) por enxergar a luta pela reforma psiquiátrica por outras vias.

Estando envolvida com assuntos pertinentes à Saúde Mental e melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais, o contato com o Prof. Dr.

Luiz Jorge Pedrão foi inevitável e transformador. Em nossas conversas, quando abordávamos o assunto Acompanhamento Terapêutico afluíu a idéia do presente trabalho. Minha ligação com a equipe do CAPS foi fator incentivador e facilitador na execução e, mais ainda, ampliador dessa relação gerando como frutos outros trabalhos realizados lá como “Café com Arte” e “O Jardineiro”. O Professor Pedrão e a Professora Adriana Inocenti Miasso me convidaram para participar de um projeto de extensão universitária dentro do CAPS chamado “A recreação no processo de reabilitação de portadores de transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial”, o qual aceitei, lisonjeada e animada. Dessa relação também criei vínculo com a Associação de Apoio ao Psicótico (AAPSI), onde participo e trabalho como voluntária nos projetos da instituição.

Este Mestrado que aborda a importância da relação interpessoal, calcada na figura do acompanhante terapêutico (at) para a reabilitação do portador de transtorno mental, é consequência das minhas relações humanas com essas pessoas loucas pelo homem e seus problemas, nossos problemas e nossa busca por uma vida melhor.

No debate contemporâneo dos paradigmas do tratamento de usuários dos serviços de Saúde Mental, diversas modalidades terapêuticas não tradicionais têm sua importância e entre elas o Acompanhamento Terapêutico (AT). Falar simplesmente em evolução da visão da loucura e sua assistência seria omitir momentos de estagnação e retrocesso vivenciados nesse processo, pois é notório o fato de que a psiquiatria foi muito prejudicada por crenças religiosas, filosóficas e interesses políticos, que predominaram por séculos, e ainda ecoam em nossa cultura. Portanto, se faz necessário um breve panorama histórico.

Mesmo em permanente transformação, a sociedade ainda vê preconceituosamente e com discriminação a pessoa em sofrimento psíquico, pois vive-se um momento onde a humanidade valoriza mais o capital que as relações afetivas. Com isso, o sujeito apresenta cada vez mais problemas emocionais impregnados por grande solidão. O modelo de vida baseado na competição - onde todos devem buscar vencer - em detrimento do modelo de vida baseado na convivência e comunhão (sem qualquer partidarismo político) só faz aumentar o número de pessoas em crise nervosa, depressivas, estressadas, entre outros problemas de saúde mental.

No Brasil, preconceito e discriminação são partes de um processo histórico sociocultural, fruto da origem colonial, tão presentes no cotidiano brasileiro, e de forma tão arraigada, que lutar contra eles é quase como lutar contra nossos costumes, crenças, o jeito de ser. O AT, sob a luz da reforma psiquiátrica, visa mudar a forma estigmatizada de ver o portador de transtorno mental, passando a enxergar, nesse, a subjetividade de quem realmente convive com sofrimento psíquico, valorizando então os laços sociais e afetivos.

1.1 Panorama Histórico

Na história do pensamento humano, os gregos se destacam pela documentação de suas idéias que já esboçavam distanciamento reflexivo rompendo com dogmas religiosos.

Vários filósofos da Grécia Antiga expressaram interessantes e valiosos conceitos sobre a loucura e seu tratamento. Porém, tudo foi produto de suas intuições, por se dedicarem aos elevados problemas do destino e do comportamento. Eram, pois, mais elucubrações filosóficas do que base científica (SILVA, 1979, p.7).

Hipócrates, 400 anos a.C., entendia a loucura a partir de desarranjos orgânicos, desenvolvendo, a partir dessa concepção, a teoria organicista, onde a loucura resultava em crises no sistema de humores (FOUCAUT, 1967).

Ele acreditava que o cérebro era onde tudo ficava depositado. Toda impressão ficava ali guardada e também era lá que se sentia, pensava e sonhava, então se se está louco ou delirante, ou se há medos é no cérebro que tudo

acontece. Hipócrates sempre foi contra as crenças religiosas, mas sua idéia ainda era imatura diante do que estava cristalizado durante séculos (SILVA, 1979).

Platão dividiu a alma em três partes: cabeça, coração e vísceras, entendendo, nesse momento, a loucura como qualquer doença somática, com sintomas corporais e, secundariamente, mentais, dentro de uma filosofia idealista e imersa no misticismo, ora vê a loucura como uma doença, ora como uma obra divina (FOUCAUT, 1967).

Por volta dos anos 200 d.C., Aureliano Célio condenava os métodos rudes de tratamento – contenção e sangria - e acreditava que isso agravasse o estado dos enfermos. Ainda, nessa época, o médico árabe Najab-ub-din-Unhammad prescrevia como tratamentos banhos, mudança de clima, música suave e ambiente agradável (SILVA, 1979).

Já na Idade Média, destacou-se o período de maior credence. A história da loucura era centrada em um modelo mítico-teológico, onde o homem tinha sua alma funcional, denominada *thymos*, e, embora se considerasse esse homem arrojado, ele não tinha autonomia, pois era controlado pelos caprichos dos deuses e, assim, pensava-se a loucura como intervenção ou obra divina. Surge a crença nas intervenções dos demônios na vida do homem e a loucura passa a ser considerada, enquanto delírio e descontrole emocional, obra do demônio, sendo, para essa loucura demoníaca, recomendado jejuns, orações, freqüência à igreja ou, até mesmo, o exorcismo. Nesse momento, a loucura teve como causa a imoralidade (FOUCAUT, 1967).

Costa-Rosa (2000) menciona que, na Idade Média, tratavam como loucura qualquer comportamento que não se enquadrasse dentro dos moldes da sociedade e essa loucura era vista como possessão diabólica, e o tratamento era realizado pela Igreja com exorcismos, orações, lugares santos e a fogueira.

Zilboorg (1945) descreve que, no século XVII, como a repressão tinha a finalidade básica e naturalmente curativa, era necessário a disciplina, a ameaça, grito, golpe e também o tratamento médico. O método mais eficaz para que essas pessoas se recuperassem era obrigá-las a respeitar e a temer a intimidação. Dessa forma, o espírito, que se contém pela restrição, é obrigado a abandonar sua arrogância e as idéias rebeldes e assim tornando-se manso e obediente.

No mesmo século, surge na França um famoso hospício: o Salpêtrière. Durante o reinado de Luís XII, o país viveu várias crises políticas e guerras e, nessa época, o rei mandou construir um depósito de armas e munições que acabou sendo transformado em abrigo para mendigos, vagabundos e loucos em 1658. Em certo momento, houve conflito entre os internados devido à ordem do rei para que se prendessem, naquele local, todas as prostitutas de Paris. Por isso o Sapetrière não era um hospício propriamente dito, visto que alguns políticos, inimigos do rei, também eram presos em suas masmorras (SILVA, 1979).

Outro hospício francês deste período é o Bicêtre, esse sim, construído para o exclusivo recolhimento de loucos.

Porém, o tratamento obedecia aos métodos mais primitivos, e os doentes, acorrentados como feras às paredes das celas, viviam em permanente posição que lhes não permitia deitar-se. Tais celas tinham a forma de uma caixa escura, sem a mínima réstia de luz nem ventilação (...) não recebiam visitas a não ser dos empregados incumbidos de lhes dar alimento (SILVA, 1979, p.66).

Quando do reinado de Luís XVI, surge um médico chamado Philippe Pinel com olhar humanitário. Indicado para tomar a direção do Bicêtre diz que os hospícios deveriam se transformar em lugares dignos. Pinel procurou a autoridade máxima em busca de autorização para soltar os internos das correntes. Após muita negociação e uma visita da autoridade, o alienista consegue a autorização e passa a ser conhecido como “O libertador dos loucos”. Nesse momento, os loucos foram libertados das correntes e poderiam passear livremente pelos pátios, suas celas foram limpas e suas camas arrumadas (SILVA, 1979).

Pinel examinava todos os casos um a um, registrava e classificava cada doente e prescrevia tratamento específico para cada sintoma. Abominava os métodos tradicionais da época: purgantes, sangrias, algemas e correntes (SILVA, 1979).

Philippe Pinel deixou alguns discípulos, entre eles se destacou Esquirol, também humanizador dos doentes mentais, acreditava que as perturbações mentais provinham de características psicológicas e introduziu, na psiquiatria, o termo alucinação. Fazia distinção entre lipemantias (depressão) e psicose (SILVA, 1979).

No século XVIII, o delírio foi marca registrada da loucura, podendo originar-se de causas físicas (externas) ou internas. A concepção da loucura passou a ser estudada como fisiológica, ao invés de se ligar ao esquema teórico dogmático (FOUCAUT, 1967).

A partir da idéia fisiologista, o chamado manicômio constituiu-se no termo usado para classificar hospícios, asilos, hospitais psiquiátricos e demais lugares de tratamento da doença mental, que se valem do princípio do isolamento da pessoa “louca” da sociedade (DESVIAT, 1999).

Os manicômios eram lugares de exclusão social, pois essa era a condição fundamental do chamado tratamento moral, pregado por esses primeiros psiquiatras. Sendo assim, quem chegava a tais instituições nunca mais saía. Essa situação perdurou em todos os manicômios e hospícios surgidos na Europa durante muitos anos (GOFFMAN, 1992).

É importante salientar que, no mesmo século XVIII, surge a psicanálise, fazendo contraponto ao fisiologismo, transpondo a abordagem da doença mental para além dos aspectos biológicos e corporais. Essa corrente evidenciou a relação médico-paciente na classificação dos comportamentos e na realização dos diagnósticos. O doente passa a ser visto como portador de sintomas.

A característica essencial do trabalho psicanalítico é o deciframento do inconsciente e a integração de seus conteúdos na consciência. Isto porque são estes conteúdos desconhecidos e inconscientes que determinam, em grande parte, a conduta dos homens e dos grupos – as dificuldades para viver, o mal-estar, o sofrimento (BOCK, 1999, p.80).

No Brasil, os loucos eram tratados em hospitais da rede pública junto com outros enfermos, não tendo nenhum tipo de atendimento específico, nem pessoal especializado no seu atendimento e, desde 1830, ocorriam protestos médicos propondo a criação de hospícios, tendo a idéia de que o hospício seria o lugar adequado para o tratamento dos loucos, como um instrumento terapêutico. A proposta médica foi articulada junto ao provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Clemente Pereira, e deu-se início ao projeto, arrecadando fundos para a construção do hospício que teria o nome de Pedro II. Essa Instituição tinha

características bem parecidas com o modelo francês (MACHADO, 1978). O modelo instituído foi propagado por várias outras instituições criadas no país.

O referido hospício foi criado baseado no princípio do isolamento, no qual o louco é separado das causas da sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família. Isso significa romper os hábitos do louco. O isolamento foi considerado como intervenção terapêutica e também a característica básica do regime médico e policial. Do hospício ninguém sai e nem entra. Acreditavam, dessa forma, garantir o processo terapêutico do psiquiatra com o doente (MACHADO, 1978).

Como todo tratamento, deveria se basear no isolamento, a organização interna do hospício foi dividida desta forma: pelo sexo (homens de um lado mulheres de outro), de primeira e segunda classes (pobres, sendo vários no mesmo quarto e ricos com quarto individual), de acordo com o comportamento (tranqüilos e agitados), e higiene (sujos e limpos). Os enfermeiros também cuidavam da vigília, que era feita sempre com falta de trato e com muita violência, chegando até à morte de alguns pacientes. A falta de estrutura e de capacitação do enfermeiro e de outros funcionários para trabalhar com o doente gerava situação de descontrole total. Outras formas de repressão eram o isolamento celular, a camisa de força, a privação de visitas, diminuição de alimentos, a solitária entre outros (MACHADO, 1978).

Vários estudos foram elaborados, a partir das críticas a esse modelo de atendimento do século XVIII. Goffman (1992) e Amarante (1994) comentam que esse modelo de manicômio não possuía finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos, constituindo-se, dessa forma, em lugares de exclusão social.

O ambiente do manicômio configurava-se em um lugar onde os internados perdiam todas as suas referências de vida, eram excluídos do convívio familiar, do trabalho, do local onde moravam, da cidade, entre outros. Perdiam, portanto, a maior garantia que a sociedade moderna pretendia dar a todos: a cidadania (AMARANTE, 1998).

Goffman (1992) mostra-nos que as instituições, mesmo diferentes entre si, consomem parte do tempo e interesse de seus membros, dando a eles um mundo particular. O fechamento tem significado de interrupção das relações sociais do internado com o mundo de fora. Portas trancadas, muros altos, cercas no muro,

florestas ou pântanos, o autor assim caracteriza as instituições totais, classificando-as como lugares de confinamento criados para proteger a sociedade de perigos intencionais. Esses lugares passam a ser residência de muitos que são interditados por algum delito, separados da sociedade por algum tempo, levando vida formalmente administrada. A preocupação é eliminar um estorvo, cuidar da segurança dos sãos sem dar muita importância à doença e ao usuário. É o modelo prisional.

Moffatt (1991) diz que o *habitat* fechado ocupado pelo louco leva à patologia do grupo social, à retração e ao autismo social, que são formas de manter um espaço pessoal e evitar conflitos.

Segundo Basaglia (1985), o louco seria envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas, na prática, aparece, paradoxalmente, como local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total objetivação.

...Um significado estigmatizante que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita na maneira como sua doença fora vivenciada anteriormente... ... podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu... o paciente é visto como figura social sem nenhum valor e peso (BASAGLIA, 1985, p.107).

A falta de privacidade do doente mental e isso é um dos fatores da perda de identidade, tornando-o, dentro do manicômio, apenas um número.

Passando por esse processo, vê-se que o modelo asilar é instituição falida, mostrando que o preconceito, a discriminação, o isolamento, o enclausuramento, falta de higiene e maus-tratos, que os portadores de transtornos mentais recebiam em nome de um tratamento, alimentavam, o tempo todo, a loucura. Na verdade, quem estava doente? Os loucos ou os profissionais? A doença alastrou-se por toda a instituição, pois, até mesmo sua arquitetura era inadequada, assemelhando-se à de um presídio, e seu tratamento, chamado terapêutico, na verdade, não passava de agressões físicas e mentais.

1.2 Reforma Psiquiátrica - tempo de mudar

A partir de todo esse processo de violência, em 1942, as primeiras experiências psiquiátricas de caráter comunitário realizadas na Inglaterra, influenciam na libertação da visão esclerosada do doente mental, compreendido como entidade irrecuperável, mostrando que a institucionalização é sinônimo da falência da psiquiatria hospitalar (BASAGLIA, 1985).

Foi através dessa conscientização que o movimento de antipsiquiatria, dos anos 60, na Inglaterra, surgiu a partir de um grupo de psiquiatras, colocando em dúvida o método tradicional utilizado pela psiquiatria e psicologia. A antipsiquiatria aparece negando a idéia de fragmentação, partindo para o conhecimento do ser humano, olhando-o como um todo, compreendendo o comportamento humano por outro ângulo, tendo visão diferente da atuação com os portadores de transtornos mentais considerados “loucos” (DUARTE JR., 1987). “Na realidade somente agora o psiquiatra está redescobrando (*sic*) que o primeiro passo para a cura do doente é à volta à liberdade, da qual vem sendo privado até o dia de hoje pelo próprio psiquiatra” (BASAGLIA, 1985, p.114).

Nesse momento histórico abre-se espaço para novas alternativas de tratamento, começando com a comunidade terapêutica que se contrapõe ao modelo manicomial, mostrando um pensar sobre o tratamento onde o doente, enfermeiros e médicos estão unidos em um único propósito, tendo visão dialética, transformando as relações interpessoais entre pacientes e profissionais. A comunidade terapêutica condena a psiquiatria, pois essa, no momento que excluiu o doente da sociedade, afirma que o mesmo não tem condições de viver no meio social, dando, assim, à sociedade parâmetros para expulsar o doente de seu contexto (BASAGLIA, 1985).

O doente mental, segundo a comunidade terapêutica, deve ser devolvido à sociedade e a própria psiquiatria deveria fazer esse trabalho médico e social, mostrando ao paciente o que é sua doença e como a sociedade o enxerga. Iniciou-se uma nova fase onde o doente terá que lutar para conquistar sua liberdade (BASAGLIA, 1985).

Segundo Amarante (1998), a reforma psiquiátrica no Brasil deve-se principalmente ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir do qual emergiram propostas de reformulação do sistema assistencial e nele se consolidou o pensamento crítico sobre o saber psiquiátrico.

O marco do processo de reforma psiquiátrica ficou conhecido como a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional em Saúde Mental), que é o órgão responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental do Ministério da Saúde. A greve de abril de 1978 dos funcionários das quatro unidades da DINSAM e a denúncia feita por três médicos, que registraram no livro de ocorrência irregularidades em uma unidade hospitalar, começou a repercutir e foi recebendo o apoio de vários movimentos como o Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Dessa forma, surge o MTSM, que luta contra a instituição manicômio, exigindo a transformação da assistência psiquiátrica, regularização da situação trabalhista, reajuste salarial, 13º salário, férias, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela e profissional, modelo médico-assistencial, condições de atendimento, entre outras reivindicações (AMARANTE, 1998).

Desde então, começou longa jornada de congressos, encontros, debates e conferências. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) liderou, por um tempo, o movimento da reforma psiquiátrica.

O marco da desinstitucionalização aconteceu na década de 80, quando foram realizados a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru. Esse último ficou conhecido pela frase: Por uma Sociedade sem Manicômios, início da luta antimanicomial. Na mesma década, também surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Houve a apresentação do projeto de lei, do deputado Paulo Delgado, que ficou conhecido como Projeto Paulo Delgado, no qual defendia os direitos dos usuários da saúde mental (AMARANTE, 1998).

A desinstitucionalização ocorreu devido aos serviços alternativos que foram surgindo como CAPS, NAPS, cooperativas sociais e estratégias de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 1998).

Santos (2006) explica o CAPS como instituição destinada aos pacientes com transtornos mentais. Suas funções devem estimular os pacientes em projetos terapêuticos com a finalidade de auxiliá-los em sua autonomia e no resgate de suas potencialidades a ponto de serem integrados à comunidade. Seus objetivos: oferecer atendimento da área de abrangência do CAPS, realizar acompanhamento

clínico e de reinserção social, por meio do trabalho, lazer, exercitar os direitos civis e fortalecer os laços familiares e comunitários.

Nesse momento, toma corpo a compreensão de cidadania em relação ao “louco”, sendo notáveis as mudanças concernentes às diferenças, ao comportamento e ao jeito de se comunicar do “louco” (PITIÁ, 1997).

No novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços têm à sua disposição equipes multidisciplinares para a confecção e implementação de todo o plano terapêutico, onde ele próprio, o usuário, adquire o *status* de agente do próprio tratamento, conquistando o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros, incluindo os CAPS, clubes de convivência e de lazer assistidos, cooperativas de trabalho protegido e residências terapêuticas, entre outros.

A reforma psiquiátrica mostrou, e continua mostrando, nova forma de assistir em saúde mental e construir novo estatuto social para o “louco”, o de cidadão, igual a qualquer outra pessoa. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial tradicional e fechado de assistência à saúde mental pela criação de rede de serviços abertos e de atenção psicossocial, inclusive comunitária (AMARANTE, 1994). O hospício, o asilo e a loucura deixam de ser vistos como pontos centrais do atendimento psiquiátrico e propiciam espaço para a ação de novos profissionais, novos conceitos, novas formas de tratamento e prevenção (RIBEIRO, 1996).

Em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que visava a regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios no país, mas somente depois de 12 anos a Lei foi aprovada - em 6 de abril de 2001. Mesmo com a Lei, ainda hoje existem situações desfavoráveis aos usuários.

Pela Lei de Delgado (1989), é direito da pessoa em sofrimento psíquico ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades, ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, ter garantia de sigilo nas informações prestadas, ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua

hospitalização involuntária, ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, receber o maior número de informações a respeito de seu tratamento e de sua doença, ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

As mudanças havidas com a reforma psiquiátrica têm como base a reabilitação psicossocial e reintegração da pessoa portadora do sofrimento psíquico, chegando até modalidades terapêuticas não tradicionais como o AT, que acompanha o doente mental em sua rotina diária, resgatando, nesse, habilidades que a doença psíquica comprometera e estimulando potenciais não comprometidos.

Surgiram novas perspectivas de tratamento para o doente mental. O enfoque é reinserir o indivíduo na sociedade, através da reabilitação psicossocial, acompanhando o indivíduo ambulatorialmente e com uma equipe interdisciplinar. Somente os casos mais graves são internados. Porém esse processo de transição da desinstitucionalização ainda necessita de reformulações para que possa funcionar adequadamente. A demanda é grande e os serviços não conseguem dar o suporte necessário para essa população e seus familiares.

A inclusão de pacientes psiquiátricos só acontecerá, junto ao processo terapêutico e à sociedade, com a reorganização das redes de serviços ou substituição das técnicas terapêuticas. Os profissionais precisarão se ver como agentes transformadores, como sujeitos integrantes de amparo institucional, representando importante mecanismo de controle social. Se esses profissionais não tiverem a consciência de que não são mais agentes de exclusão e opressão e não se reconhecerem como agentes de mudanças, o lugar onde será desenvolvida a assistência ao paciente psiquiátrico será uma reprodução do hospício (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O trabalho em saúde mental incide cada vez mais sobre um campo que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes e se ocupa o bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina. Esse deslocamento força uma mudança na postura dos profissionais envolvidos, para os quais não é mais possível manter a atitude padrão, previsível e controlada, de quem trabalha entre quatro paredes (PALOMBINI, 2004, p.24).

1.3 Reforma psiquiátrica em Ribeirão Preto

O Hospital Psiquiátrico Santa Teresa foi criado para acolher pacientes da região e principalmente desafogar o Hospital Psiquiátrico Juqueri. Com o Decreto-Lei de Nº 5610, de 29 de novembro de 1937, do Governador de São Paulo Dr. Joaquim Cardoso de Mello Neto, iniciou-se o projeto do Hospital Santa Teresa, tornando-o uma dependência do Juqueri, mas só foi inaugurado em 29 de fevereiro

de 1944. Nesse mesmo ano vieram vinte pacientes do sexo masculino e só mais tarde mulheres. O Santa Teresa chegou a abrigar 1500 usuários (PRIMO, 1975).

Com a reforma psiquiátrica, o Hospital Psiquiátrico Santa Teresa passou por reformulações. Na década de 70, foi instalado o primeiro ambulatório que mesmo sendo medicamentoso representou uma evolução para aquela época. A partir da década de 80, o hospital passou a trabalhar com a desinstitucionalização, trocando o espaço asilar pelo núcleo de convívio, vila terapêutica, pensões protegidas e residências assistidas (RIBEIRÃO PRETO, 1993).

Mesmo depois dessa reforma, Fiorati (2004) observa a persistência de uma série de problemas relacionados ao processo de adaptação social e ao retorno ao meio de origem: problemas na relação familiar conseqüentes dos transtornos, dificuldades e fragilidades do portador no enfrentamento de determinados aspectos da vida social e a não aderência ao tratamento ambulatorial.

O AT, por meio de atendimentos nos ambientes sócio-familiares (*sic*) do paciente, pode nos proporcionar a vivência com a problemática familiar e a dificuldade instaurada. De acordo com que a prática tem mostrado, vemos que o At possibilita criar, junto com o paciente, formas mais eficazes de relacionamento com o sofrimento e com as pessoas com as quais convive, auxiliando-o a produzir ou reatar relações afetivas importantes (FIORATI, 2006, p.19).

Hoje, o Hospital Santa Teresa abriga 175 pacientes moradores e conta com 80 leitos, trabalhando com práticas de tratamento como terapia ocupacional, teatro, arte, musicoterapia, entre outras (RIBEIRÃO PRETO, 1993). Essas modalidades terapêuticas são realizadas, em sua maioria, por estagiários do último ano de faculdade (psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, musicoterapeuta e outros).

Outras formas de inclusão do paciente psiquiátrico, implantadas na cidade, foram os serviços abertos como CAPS, NAPS, hospital dia (HD), lares e pensões abrigados, e mais.

Pensando na proposta da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e na Lei Paulo Delgado, aprovada em 6 de abril de 2001, Ribeirão Preto está retrocedendo em trabalhos de décadas. Muitos políticos e médicos da cidade de Ribeirão Preto ainda propõem a abertura de mais leitos no hospital psiquiátrico e, trabalhos de inclusão, existentes nos serviços alternativos, são boicotados.

Não se pode esquecer toda luta realizada na conquista desses direitos, continuando sempre o esforço para melhorar o trabalho na saúde mental com

liberdade, como dizia Sartre em suas passagens: “O Homem está condenado a ser livre”.

Pensando em liberdade é que foram surgindo novas práticas de trabalho e alternativas de tratamento na saúde mental: terapia ocupacional, arteterapia, musicoterapia, atividades físicas, acompanhamento terapêutico, atividade motora, ioga, entre outras.

Tais práticas necessitam espaços abertos e valorização, pois é através delas que se trabalha com humanidade, respeito, dignidade, podendo-se proporcionar a inserção dos portadores de sofrimento psíquico na família, no trabalho e na comunidade.

1.4 O acompanhamento terapêutico - novo olhar na assistência psiquiátrica

1.4.1 Breve histórico do acompanhamento terapêutico

O acompanhamento terapêutico se formou como técnica de trabalho direcionado ao auxílio no tratamento psiquiátrico. O AT teve origem nos movimentos de reforma psiquiátrica, na década de 50, na Europa e nos Estados Unidos, sendo os principais expoentes desse movimento: Cooper, na Inglaterra, Basaglia, na Itália, Oury, na França, e Szazs, nos EUA. Já na América Latina surgiu no final da década de 60, em Buenos Aires, na Argentina, onde muitos psicanalistas ligados aos hospitais psiquiátricos adotaram a referida prática e, dessa forma, criaram novas funções para os agentes de saúde mental. As funções desses agentes, mais tarde, foram denominadas amigo qualificado e, posteriormente, acompanhamento terapêutico (A CASA, 1991, 1997).

Essa prática, denominada hoje como AT, tem reminiscência no passado, como relata Lerner (1984). Uma terapeuta suíça, impedida de acompanhar uma paciente sua em casa, treina uma enfermeira que, através dos acompanhamentos residenciais a essa paciente, pratica os primeiros movimentos em direção ao que conhecemos hoje como AT.

1.4.2 O que é o acompanhamento terapêutico

O AT é modalidade terapêutica usada em meio ao processo de reabilitação psicossocial, resgatando vínculos sociais, sua cidadania e sua circulação em espaços físicos e sociais, que façam sentido para o portador, independente de sua patologia.

Sendo a reabilitação psicossocial um processo de total integração do indivíduo com a comunidade, rompendo barreiras que impedem o direito à cidadania (BERTOLOTE, 1996), pode ser também um processo facilitador, para o indivíduo com limitações da restauração de sua autonomia e de suas funções na comunidade (PITTA, 1996).

Bertolote (2001) mostra a reabilitação psicossocial como sendo um processo fundamental de remoção de barreiras. Barreiras essas que impedem a interação da pessoa com a comunidade e o pleno exercício de seus direitos de cidadania.

Bachrach (1992) afirma que a reabilitação psicossocial deve ser conduzida em vários lugares nos quais a pessoa com sofrimento psíquico esteja inserida: na comunidade, na família, nos serviços. É um processo contínuo, sem prazo para conclusão.

A reabilitação extrapola a especificidade das profissões de saúde, cujas ações têm pontos de inserção que abrem possibilidades para criatividade do agir, que se relacionam a habilidades e capacidades, tanto dos profissionais como do usuário inserido na assistência em saúde mental, reabilitação leva à reflexão contínua de que não há limite definido para este processo de buscar de ações que não estejam dentro de um protocolo organizado academicamente para produzir reabilitados (SANTOS, 2006, p.39).

Carvalho (2004) vê o AT como uma clínica que ocorre em diferentes lugares e contextos, ocorrendo no cotidiano, como um recurso de vanguarda, pois atua no espaço de articulação do profissional com o acompanhado, nos aspectos familiar e social, ou seja, resgatando possibilidades de circulação das pessoas nos espaços, físicos e sociais.

Pitiá e Santos (2005) definem o AT como prática estratégica da anti-segregação, que resgata a capacidade de inclusão social, oferecendo a possibilidade de se prevenir a cronificação, a institucionalização e a alienação social.

Ayub (1996) coloca o acompanhamento terapêutico como profissão, estabelecendo normas: tempo, espaço, perspectivas, honorários e habilidades pessoais. Alerta, ainda, que a prática não se restringe apenas à saúde mental, e que

se atua principalmente na residência, onde o objetivo é a reorganização do espaço e das relações afetivo-familiares da pessoa em questão.

Saraceno (1998) relata a importância e a necessidade de atendimento adequado que possa, através desse, intermediar os usuários e outros que se aproximam.

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

1.4.3 O acompanhamento terapêutico no Brasil

No Brasil, o AT ganhou força com o movimento de desinstitucionalização, no fim da década de 70, e consolidou-se como prática importante na assistência aos pacientes psiquiátricos, tendo em vista a grande influência de ideais europeus e latinos, concernentes ao tratamento de usuários.

Naquele momento histórico, com o declínio e fechamento das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, principalmente a Clínica Vila Pinheiros, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ser solicitados por terapeutas e familiares que buscavam alternativa à internação. Esse trabalho foi solidificando e, hoje, tais auxiliares são conhecidos como acompanhantes terapêuticos. Nessa época, a atividade, em geral, era exercida por estudantes de psicologia, ciências sociais, medicina etc. Gradualmente, o AT foi se constituindo como um recurso a mais no tratamento de pessoas em crises psicóticas. Dada a complexidade dos fenômenos dessas crises e o volume de angústia vivida pelos usuários e suas famílias, percebeu-se que as terapias tradicionais – individual, grupal e familiar – além dos remédios, não eram suficientes em determinados casos (A CASA, 1991, 1997).

À medida que esta atividade (AT) era cada vez mais requisitada, houve uma especialização do acompanhante terapêutico. Não só estudantes, mas também psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais passaram a trabalhar como acompanhantes (BARRETO, 2000, p.20).

A formação desses profissionais não os exime de formação especial demandada para a prática do AT.

O surgimento do acompanhamento terapêutico (AT) em São Paulo teve características diferentes, ao menos no que diz respeito à equipe de AT do Instituto A CASA. A idéia foi trazida pela psicanalista argentina, Beatriz Aguirre, que fazia parte do grupo responsável por implantar o hospital-dia, em 1979. A função de acompanhante passou a ser utilizada em 1981. Naquela época, e por alguns anos mais, denominava-se o agente desse trabalho como amigo qualificado. Sua tarefa era basicamente estar junto do paciente nos momentos em que esse não estava nas atividades do hospital-dia. Alguns pacientes e/ou suas respectivas famílias necessitavam de apoio nos horários em que a instituição não funcionava, principalmente nos finais de semana. Após alguns anos, observou-se que o termo "acompanhamento terapêutico" se adequava melhor àquilo que era feito, além de evitar algumas confusões. O termo acompanhamento terapêutico expressava uma função que implicava uma ação, uma intervenção junto a um outro sujeito. Além do que, o uso da palavra "amigo", gerava confusões, na medida em que dificultava a discriminação e a caracterização do vínculo entre paciente e profissional (A CASA, 1991, 1997).

Tendo em vista as dificuldades dos usuários em se relacionar com a sociedade, e o despreparo da própria família ao recebê-lo de volta, o AT surge como fenômeno ligado à criatividade, espontaneidade, improvisação e ao compartilhar, fazendo uma ponte entre sociedade e família.

Mauer e Resnizky (1987) propõem a inclusão do acompanhante terapêutico como integrante de uma equipe terapêutica que adote abordagens múltiplas no atendimento aos pacientes.

Hoje, o serviço existe em todo Brasil, ligado a instituições ou a grupos independentes, utilizando os mais variados referenciais teóricos como: a psicanálise, o psicodrama, a sistêmica, a análise corporal, a reabilitação psicossocial, entre outras, o que vai constituindo a prática do AT com os mais diversos profissionais: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, entre outros, que se preocupam em se capacitar com formação específica em AT.

1.4.4 Função e ética do acompanhamento terapêutico

Uma abordagem isolada não tem a mesma eficácia do que aquela inserida no contexto do todo. O AT constituiu-se prática que não se atrela a esse ou aquele

profissional. A formação é multidisciplinar com espaço de ação para vários profissionais conjuntamente: o psiquiatra, o psicólogo, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o musicoterapeuta e o arteterapeuta, o assistente social, o acompanhante terapêutico, entre outros.

Carvalho (2004) considera que qualquer profissional que se disponha a atuar como acompanhante terapêutico deverá passar por cuidadoso processo de formação.

O acompanhante terapêutico ocupa um lugar junto ao paciente que oscila do simples testemunho à parceria em aventuras. É a partir do que já está na história, no dia-a-dia, no romance familiar que é possível tentar algo que possa mover o que está estagnado (CARVALHO, 2004, p.34).

Existem situações de atendimento em AT nas quais o profissional presta o serviço no momento mais difícil, podendo até mesmo decidir pelo acompanhado, quando esse ainda não esteja em condição de agir por si só. Empréstimo do ego em determinados momentos, e como se fosse um espelho dos seus aspectos mais neuróticos, ajuda a conseguir uma linguagem libertadora, permitindo-lhe sair de sua clausura para reintegrar-se à sociedade. O at deve estimular o portador de transtorno naquilo que tenha significado para ele, propondo tarefas interessantes, canalizando as inquietudes para liberar a capacidade criativa inibida, ajudando a reencontrar-se com a realidade através dos objetos (perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa). O at para poder se relacionar com o portador de transtorno mental deve, ao mesmo tempo, manter distanciamento e aproximação que lhe permita observar e avaliar a interação do mesmo (BARRETO, 2000).

É também de importante valor diagnóstico registrar as mudanças observadas no portador de transtorno mental em relação ao vínculo com a família, o tipo de pessoas com que se relaciona, perceber mudanças no sono, alimentação, higiene pessoal, ou seja, nos vínculos significativos (informar sobre o seu mundo objetivo). Muitas vezes o profissional terá que auxiliar o mesmo a metabolizar as interpretações feitas pelo terapeuta e, às vezes, refazê-las, criando espaço a mais para a elaboração dos conteúdos da psicoterapia (representar o terapeuta). Facilitar o reencontro com o todo perdido, de forma cuidadosa e dosada, e, como exemplo, pode ser citada ajuda na volta às suas atividades diárias, como sair para comprar coisas para higiene pessoal, pegar um ônibus, organizar a casa, entre outras (atuar

como agente ressocializador). Deve-se facilitar as relações desse com a família, e orientar para que a família seja colaboradora nesse processo. O at mostra diferentes modos de agir e atuar nas situações cotidianas da vida, o que se mostra altamente terapêutico, pois ajuda a aprender esperar e/ou desprezar determinadas situações (BARRETO, 2000).

Importante também é fornecer ao sujeito experiências que possam suprir determinadas fendas no *self*. Fendas determinadas por vários fatores:

...doenças físicas; falhas maternas na adaptação às necessidades do bebê; falhas paternas; limitações no repertório simbólico de uma determinada família e/ou da cultura em que ela está inserida para lidar com certas questões existenciais; possíveis incompreensões no encontro com outros seres humanos significativos ou não (BARRETO, 2000, p.196).

Ser at é encontrar momentos de contato com o movimento social, atuando como agente catalisador de uma articulação, um acontecimento, onde o sujeito está incluído (PORTO; SERENO, 1991).

O acompanhamento terapêutico, assim, poderá ocorrer em qualquer ambiente como na rua, na própria residência do paciente e outros. Não existe uma atividade padrão para o acompanhar. Escutar, prestar atenção na vida do outro, compartilhar a experiência de cada paciente e ajudá-lo a restabelecer pontes com o mundo, são fatores básicos. Usar a criatividade e estratégias que o ajudem a ganhar consistência numa situação de encontro.

O at utiliza o potencial terapêutico que está no cotidiano do paciente, promovendo desenvolvimento, podendo, em determinados momentos, exercer funções relacionadas à maternidade, a paternidade e, também, à amizade (BARRETO, 2000).

É comum que o paciente confunda o at com um amigo.

Mauer e Resnizky (1987) dizem ser necessário informar o mesmo, antes de começar o tratamento, que o at pertence à equipe de trabalho e que é responsável pelo cumprimento das indicações que dessa partem, e que é remunerado pelo seu trabalho. Uma vez dito ao usuário, não é necessário que se explicita permanentemente quem é e o que faz. Deve ficar bem claro que o at não é um amigo, ainda que possam ser estabelecidos laços afetivos muito fortes na dupla, com toda a atenção ao profissionalismo e à ética nessa relação, pois apresentar-se

como um amigo, o que em princípio pode facilitar o vínculo, pode tornar-se logo elemento de distorção em todo o processo terapêutico.

Quanto ao fato de o at pertencer a uma equipe de trabalho, hoje há outras visões como se pode verificar no comentário que Fiorati (2006) faz a respeito da concepção de AT, vista acima.

Nessa época, o acompanhante terapêutico tinha muito mais a função de extensão e representação do trabalho da equipe terapêutica no ambiente de origem e familiar do paciente do que um trabalho mais específico no sentido proposto hoje de uma intervenção clínica e propiciadora de transformações da realidade enclausurada em que se encontra o paciente no processo de desenvolvimento e convivência com a doença (p.26).

Palombini (2004) também chama atenção para a questão, onde o at deve ter autonomia em seu trabalho e em relação à equipe do serviço em que atua, tendo um olhar de fora, que corresponda ao lugar (fora/dentro).

1.4.5 O acompanhante terapêutico e a família

Ayub (1996) refere-se à importância do contato do at com a família, pois o olhar do acompanhante pode apreender a gravidade da doença diluída entre os familiares e, pela sua ação, pode melhorar o funcionamento familiar.

Cabe ao acompanhante terapêutico a difícil tarefa de, além de se relacionar com o seu paciente, estar em contato com os demais membros da família e proceder aos ajustes necessários à sua participação em situações anteriormente reservadas apenas aos familiares, ou a pessoas muito íntimas à família (CARVALHO, 2004, p.40).

Por vezes, o portador de transtorno mental deve ser tirado do âmbito familiar, quando a dinâmica da família é o foco da doença, devendo a mesma ser encaminhada ao tratamento gerando, assim, ambiente favorável àquele que desenvolveu o referido transtorno.

Quando se pensa nesse indivíduo em crise, deve-se dar importância ímpar à sua família que, igualmente, está em crise. O portador de transtorno mental não é uma estrutura individual, mas sintoma de uma estrutura familiar comprometida (AMARANTE, 1994).

As famílias disfuncionais desenvolvem problemas porque não são capazes de ajustarem-se às transições que ocorrem no ciclo vital familiar. Tornam-se rígidas em determinados pontos. Pode-se falar, então, em topologia familiar ou sintomatologia familiar: o problema não é apenas o doente, mas a maneira que a família reage, interage e tenta adaptar-se ao período de crise (PISZEZMAN, 2007, p.34).

“Em toda planificação de higiene mental e psico-higiene, a família ocupa um lugar chave, quer como instituição, quer como grupo” (BLEGER, 1989, p.96).

A família, grupo primário e natural, participa no desenvolvimento humano, das características sociais, éticas, morais e cívicas do indivíduo. É no seio familiar que o ser humano tem a capacidade de desenvolver laços afetivos mais profundos (FARINHA, 2006, p.34).

A colaboração e o envolvimento da família no tratamento do portador de transtorno mental são de suma importância, pois é dentro de casa que tudo começa. Essa família precisa dedicar-se de forma consciente a respeito do fato de ela também precisar de ajuda para poder, assim, contribuir para o tratamento do mesmo e melhorar o desempenho do at. Acredita-se, aqui, que, além do trabalho em equipe, a família é primordial nesse processo.

Muitos movimentos existem quando entramos em contato com a família de nossos pacientes, porém sejam quais forem, o que é básico e prioritário, segundo nosso ponto de vista, é fazer da compreensão dos movimentos internos e externos da família em relação a nós e a si mesma, instrumento de elaboração de manejo terapêutico. Aceitar e trabalhar os limites e potenciais familiares significa criar um campo favorável para a melhora do nosso paciente (TEIXEIRA; DENAME; BALDUINO, 1991, p.172-3).

1.4.6 O acompanhamento terapêutico e outras visões

Quando apenas um campo do saber não consegue abarcar os principais fundamentos de um fenômeno, outros saberes vão se ligando a ele, assim procurando alternativas para o determinado fenômeno. As propostas dos autores vão se encaixando, dando umas às outras força em seus pensamentos, trazendo para a humanidade propostas cada vez mais humanizadas.

No século XIX :

Charcot concebera o ser humano muito complexo para ser tratado por um médico de clínica geral. A rigorosa compreensão desse ser exige especializações em vários setores, de forma que somente o estudo

harmonioso das diversas especialidades pode dar um resultado completo (SILVA, 1979, p.114).

Winnicott (1993) menciona que, para os sujeitos que não conseguiram se firmar em uma unidade, e não conseguiram uma interação com o *self*, o manejo é o mais indicado como técnica no que se refere à intervenção no cotidiano do sujeito, levando em conta a cultura, a história e as necessidades do mesmo, a fim de promover o desenvolvimento psíquico.

O manejo só pode ser proporcionado pelo ambiente social e familiar. A escala abrange desde a hospitalização até o cuidado pela família e amigos. O que é importante observar nessa questão do manejo é que ele nem favorece os caprichos e desejos do paciente, nem evita satisfazer a demanda de auxílio, pelo restabelecimento da confiança. O manejo é, na verdade, o provimento daquela adaptação ambiental, na situação clínica ou fora dela, que faltou ao seu paciente no processo de desenvolvimento e, sem o qual, tudo o que ele pode fazer é existir pela exploração reativa de mecanismos de defesa, assim como pelo seu potencial do id. Só quando o manejo for eficaz para o paciente é que o trabalho interpretativo pode ter valor clínico. O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes caminham lado a lado, apoiando-se mutuamente, um facilitando a ação do outro na experiência de vida total do paciente (WINNICOTT, 1993).

Barreto (2000) faz ligações entre o AT e a clínica de Winnicott, mostrando que é no dia-a-dia do sujeito, na vida social e familiar que o acompanhante atua. Essas questões indicam a necessidade de se adaptar o *setting* terapêutico de acordo com as características e história de cada um. Um tipo de *setting* tradicional pode funcionar muito bem para um determinado sujeito, enquanto que, para outro, pode se tornar reprodução de situações traumáticas.

No acompanhamento, em muitos momentos do percurso, o AT exerce a função de *holding* que são situações nas quais simplesmente está-se ali, juntos, caminhando ou parados, compartilhando, às vezes, uma dor ou realizando alguma tarefa. Situações em que se percebe que não há o que fazer ou falar e o fato de estar ali, só a presença já significa bastante. A importância e o valor desse encontro não se dão somente por haver um corpo junto ao corpo do portador de transtorno mental, mas por ser um corpo habitado, um corpo atento, um corpo que carrega a história do próprio vínculo. Então há uma experiência integradora, pois o mesmo

está sendo acompanhado por um corpo simbólico, e não somente corpo físico (BARRETO, 2000).

Araújo (2006), ao invés de usar a palavra *holding*, prefere nomear como acolhimento e vem nos dizer que

O acompanhante para acolher deve dar passagem para pequenas partículas, vindas de fora, que entram no campo das relações desestabilizando o previsto, o esperado. Acolher o outro não como outra pessoa ou sujeito e sim acolhê-lo no encontro, no entre dois; acolhimento desse outro que emerge, desse outro que nada mais é que um devir, devir-outro; desse outro que faz um outro de mim assim como um outro do outro (p.145).

É o surgimento dessa nova *persona*, dessa máscara de indivíduo que todos criam para a possível vida em sociedade, emergente do encontro intersubjetivo e comparativo (eu *versus* outro), que cria parâmetros para um convívio saudável. Esse fenômeno se dá numa via de mão dupla, modificando usuário e profissional, levando a relação a outro nível. Daí a importância do at não criar de antemão uma máscara de pessoa perfeita para o usuário, mas ser humano, passível de erros e acertos a serem encarados.

Assim como a teoria de Winnicott tem relação com a proposta do AT, outros autores também se assemelham na fundamentação do AT

A vivência do momento atual é um convite a uma comunicação humana transformadora, é a tentativa de 'desintelectualizar' o ser humano para um contato mais verdadeiro, mais emocional, mais pessoal – o encontro (FONSECA, 1980, p.7).

Esse autor se refere a Moreno, apontando o seu trabalho com atitude mais ativa, não aceitando a passividade, necessitando de espaço para o movimento e atuação, sendo o psicodrama um diálogo vivo. No psicodrama, paciente e terapeuta se estimulam reciprocamente, sendo um autêntico encontro, extraindo de sua espontaneidade e perspicácia o necessário para o jogo, de tal modo que as transferências entre paciente/terapeuta ficam para segundo plano. Foi através do jogo, da espontaneidade e da criatividade que surgiu o psicodrama.

O encontro é extemporâneo, não estruturado, não planejado, sem ensaios – produz-se no momento, no aqui e agora. A primeira fase é chamada de aquecimento, onde acontece a preparação do encontro, a segunda fase a

dramatização, o ato do encontro paciente/terapeuta e paciente/consigo mesmo, a terceira, a fase dos comentários, das análises e do compartilhar. Com base em Moreno (1961), no começo levou à existência, no entanto, essa sem alguém ou algo pré-existente não tem sentido. Antes havia a palavra, a idéia - mas o ato foi anterior. Tal ato, não seria possível sem o agente, sem um objeto em direção ao qual se dirija e sem um tu a quem encontrar.

Fonseca (1980) vê o encontro como um frente a frente, cara a cara, ver e perceber, compartilhar e amar, comunicação de forma primária e intuitiva, por meio da linguagem e dos gestos, mas também nos momentos difíceis e ameaçadores.

Dessa forma, o AT segue caminhando com as idéias do encontro, acontecendo troca com o portador de transtorno mental, onde se vive e experimenta situações do passado, de hoje e do futuro, no aqui e agora, ocorrendo reciprocidade total, um encontro de corpos onde possam se tocar e comunicar-se de forma simples.

A teoria do cuidar também aparece com formação que se cruza em harmonia com o AT. O cuidar surgiu na década de 70, com Leininger, e, em seguida, com sua discípula Watson. A partir desses grandes nomes, houve espaço para congressos e estudos, discutindo a prática e a teoria do cuidado (WALDOW, 1992).

Nessa relação, o outro é ajudado a cuidar de si, unindo a realidade e possibilidade, abrangendo projeção para o futuro, baseado no passado, fazendo escolhas no presente, para tornar reais possibilidades futuras (HEIDEGGER, 1988).

Para Waldow (1992), o cuidar tem sentido filosófico. É visto como forma primária de estar no mundo. Sua prática se dá pela atenção, preocupação, responsabilidade, observação, afeto, amor e simpatia pelo outro; ajudando, compreendendo, aceitando e respeitando o conhecimento do outro. Na relação de estar com a pessoa, ambos são participantes de um processo de aprendizagem e descoberta, conhecendo o outro com seus limites, dificuldades e necessidades. O cuidador precisa ter paciência, tolerância, honestidade, confiança, humildade, aceitação, esperança e desafio.

O cuidar então pode ser visto como fonte revitalizadora da assistência, da saúde mental, da reabilitação desses usuários, assim como o AT caminha no mesmo sentido, trabalhando com a ação e criatividade.

Sobre a relação de ajuda:

Entendo por esta expressão uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida (ROGERS, 2001, p.45).

A relação de ajuda de Rogers abrange vários tipos de relações: com a pessoa e sua família, médico, professores, terapeutas e outros (ROGERS, 2001). O AT se faz caminhar perfeitamente nessa relação, pois é justamente esse o propósito, utilizar de forma funcional os recursos internos latentes do indivíduo.

Breuer, em seu estudo sobre a histeria, trata Anna O. em sua casa, pelas manhãs, e a hipnotiza. Mais tarde Freud assume o tratamento de Anna O., confrontando os próprios paradigmas de tratamento, passando a ir até a casa da paciente (FREUD, 1974).

A idéia de deslocamento do corpo do terapeuta que Freud traz é mostrada hoje por Pitiá e Santos (2005), onde o AT é, por si só, um ato de movimento e de deslocamento do corpo do terapeuta até o corpo do acompanhado.

O trabalho de Acompanhamento Terapêutico é 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 (PITIÁ; SANTOS, 2005, p.56)

Pitiá e Santos (2005) utilizam-se de um olhar psicanalítico sobre o corpo do acompanhado para se construir e promover movimentos inclusivos, dentro da realidade de cada indivíduo, levando-se em consideração suas dificuldades para a construção de um projeto terapêutico.

Pode-se considerar, assim, que os paradigmas vão sendo construídos e mudados, aos poucos, de acordo com a necessidade. As teorias não são verdades absolutas, mas expressam idéias que abrem portas para que se possa continuar pesquisando até encontrar formas melhores de atender os usuários dos serviços de saúde mental, vendo-os, em primeiro lugar, por necessidades manifestas, tratando os sintomas dentro do contexto indivíduo/sociedade.

O AT, enquanto modalidade terapêutica assistencial não tradicional em saúde mental, vem ampliando seus conceitos e fundamentando suas bases teóricas na medida em que, cada vez mais, sua prática é aceita nos meios assistenciais em psiquiatria. Sua valorização ao preencher as lacunas que os tratamentos psiquiátricos tradicionais deixam, devido aos seus limites, aumenta sua aceitação pelos diferentes profissionais, principalmente depois que as portas dos manicômios foram definitivamente abertas, trazendo, com isso, toda a dificuldade de controles eficazes da sintomatologia psiquiátrica escondida pelas referidas portas fechadas, que não só enclausuravam o portador de transtornos mentais, mas também as diferentes maneiras de se lidar com ele.

Acreditando ser possível associar modalidades terapêuticas não tradicionais na assistência ao portador de transtornos mentais, o presente trabalho visa mostrar que o AT, nessa situação, não garante a remissão de sintomas psiquiátricos, ação que em boa parte é realizada pelos psicofármacos, mas pode contribuir muito na reinserção desse portador na sociedade, através do processo de reabilitação psicossocial, sustentando também a manutenção de seu estado de equilíbrio, modificando o comportamento e resgatando a qualidade de vida, aspectos esses dificilmente conseguidos apenas pela ação dos “remédios”.

Assim sendo, faz sentido a realização dessa pesquisa onde essa prática pode ser avaliada através de métodos científicos, e onde diversos valores culturais que ainda estão presentes na população, de forma geral, em relação aos portadores de transtornos mentais, podem ter o benefício de serem contestados. Atentando para as transformações que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica em favor do acolhimento desse portador, pela sociedade, a exemplo da modalidade terapêutica em questão, este trabalho intenta mostrar que os serviços de assistência referidos podem também ter a oportunidade de verificar a eficácia da prática do AT e incluí-la em seus projetos terapêuticos.

3 OBJETIVO

Mostrar a contribuição do acompanhamento terapêutico no processo de assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental.

4.1 Sujeito e local

Participou deste estudo um portador de transtorno mental, em regime de semi-internação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

4.2 Características do local do estudo

O CAPS é serviço de assistência psiquiátrica ligado à Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Possui duas modalidades de assistência psiquiátrica: semi-internação, com 239 usuários, e ambulatório, com 962 usuários, fisicamente separadas, cada uma com prédio e equipe multiprofissional próprias. A presente investigação foi realizada na modalidade semi-internação. A instituição foi escolhida tendo como critérios o grau de abertura da equipe para o trabalho, o enfoque multidisciplinar e multiprofissional dos atendimentos e atividades realizadas, o acesso aos dados do sujeito da pesquisa e o interesse por parte da equipe em manter um grupo de discussão e articulação permanente com a pesquisadora sobre a temática do estudo – o Acompanhamento Terapêutico (AT).

Os principais diagnósticos dos portadores de transtornos mentais graves em regime de semi-internação são as esquizofrenias, os transtornos do humor e os transtornos alimentares.

O tratamento dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), semi-internação consta de acompanhamento individual, (psiquiatra, psicólogo, assistente social, musicoterapeuta e enfermagem); acompanhamento grupal (terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, psicologia com grupo operativo e atividade física) e medicamentoso. Além desses tratamentos, o usuário participa semanalmente de assembléia na qual pode discutir assuntos de interesse geral e de passeios e atividades culturais mensais. Todos passam por avaliação constante pela equipe multiprofissional, no que diz respeito à participação e desempenho nas diversas modalidades terapêuticas.

4.3 Características da usuária do CAPS, sujeito do estudo

A usuária foi escolhida pela equipe do CAPS, com base em informações do prontuário e da descrição feita pela própria equipe. O caso clínico apresentado foi: depressão moderada, transtorno de alimentação, transtorno bipolar, transtorno de personalidade narcisista e transtorno conversivo, desencadeados após acidente de carro no qual a usuária (denominada, aqui, Lua) perdeu 90% da visão, passando a enxergar apenas vultos, há 12 anos. Além disso, apresentou quadro de bulimia, que durou alguns anos, sobre a qual a equipe relata não mais apresentar.

O motivo da escolha pela equipe para o atendimento em AT foi a limitação em que se encontra a usuária, a não aceitação da condição de deficiente visual, e a não adesão ao programa terapêutico proposto pela equipe. Acreditou-se, portanto, que o AT trabalharia favoravelmente tanto para a reaproximação da usuária com a instituição, como no alívio do seu sofrimento psíquico e, também, no enfrentamento de suas limitações físicas e psíquicas, abrindo perspectivas para se buscar melhor qualidade de vida, o que, no momento, ela não reunia condições para realizar esse processo sozinha. Ela mora com o avô e a mãe, que é portadora de síndrome do pânico e também faz tratamento no CAPS.

De acordo com prontuário, Lua passa a maior parte do tempo em casa, dormindo, e não demonstra interesse por nada. Deveria ir ao CAPS uma vez por semana fazer musicoterapia, uma vez ao mês ver o psiquiatra e uma vez por semana à psicóloga. Mas Lua vai apenas ao psiquiatra, pois não se interessa pelos outros atendimentos.

Fato relevante é o acidente que tornou Lua deficiente visual ter ocorrido seis meses antes dela se graduar em administração de empresas. Após o acidente, Lua voltou a estudar e se formou como musicoterapeuta, teve vida social, com amigos e família. Saía com os amigos para se divertir e a família sempre a apoiou em tudo que precisasse. Com o passar do tempo, Lua foi se afastando dos amigos, se isolando, perdendo o interesse por tudo. Hoje, com 32 anos de idade, está obesa, não tem vontade de sair de casa, desenvolveu alguns transtornos, tem muita ansiedade e, no momento, apresenta obesidade mórbida, quadro esse, que confirma a acertada indicação de Lua pela equipe multiprofissional do CAPS a ser atendida, através do AT, na forma de atendimentos, estabelecidos conforme a necessidade de Lua e a proposta da presente pesquisa.

4.4 Procedimentos

Primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A). Após isso, a pesquisadora participou de diversas reuniões da equipe multiprofissional para discussões de casos de portadores de transtornos mentais em regime de semi-internação no CAPS, onde foi escolhida a referida usuária para os atendimentos, através da prática do AT.

A escolha foi devido à sua debilitação, em participar das atividades propostas pela equipe, pelo número de faltas nos atendimentos agendados no CAPS, por não aceitar a condição de deficiente visual, pela depressão profunda, por não querer socializar-se e não conseguir realizar nenhum tipo de tarefa sozinha.

Escolhida a usuária, essa foi informada de todo o processo do AT e também a proposta de se submeter a esse tipo de atendimento. Após as informações, e com o seu aceite para o atendimento e participação na pesquisa, ela assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, juntamente com um familiar responsável (avô) (APÊNDICE A) e foi feito, junto com ela, todo um plano de trabalho a ser desenvolvido.

Esse plano de trabalho constou de 16 atendimentos (encontros) de acompanhamento terapêutico, uma vez por semana, o que se traduziu em um tempo de 4 meses, entendidos como suficientes para suprir as necessidades da usuária, nesse seu momento, inclusa no estudo e para o propósito da presente pesquisa. Tais encontros foram desenvolvidos nos seguintes locais: no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em restaurantes, dentro da própria residência, palestra e Associação de Apoio aos Psicóticos (AAPSI). Importante destacar que a pesquisadora participou de todas as reuniões da equipe multidisciplinar que discutiu a evolução da usuária do CAPS em questão, e levou informações provenientes de seu trabalho, colaborando assim com a sua assistência no CAPS.

Os encontros tiveram duração de uma hora e trinta minutos e foram rigorosamente observados pelo próprio at. Cada encontro foi arquivado para posterior análise. Os comportamentos considerados importantes apresentados pela usuária nos encontros, inclusive as suas falas, foram anotados em um diário de campo, para auxiliar na elaboração de um registro geral que foi realizado, pelo próprio at no final de cada encontro. Posteriormente, esses registros passaram por

um processo de síntese e, através dos conteúdos, foram analisados aspectos relativos à sua assistência e reabilitação psicossocial, tais como resgate de sua auto-estima, retomada de realização de atividades que fazia anteriormente ao início dos sintomas de seu transtorno mental, motivação para novamente buscar o lazer e conviver de forma mais saudável no seu meio familiar e social, criação de momentos de confronto de seu estado mental com a realidade, possibilitando modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida.

Os resultados foram analisados através da análise do conteúdo dos encontros de AT realizados, utilizando-se a análise temática para se tecer os comentários cabíveis. Foi utilizado o referencial de Minayo (2004), na tentativa de aproximação teórica à sua visão.

O tema está ligado a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações apresentada graficamente por uma palavra, uma frase ou um resumo. Este tipo de análise visa o descobrimento dos núcleos de sentido, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo (MINAYO, 2004, p.208).

A síntese elaborada a partir dos diários de campo foi examinada por três examinadores, sendo dois com formação básica na Área de Ciências Humanas, com grande aproximação à área específica em questão, ou seja, a Área da Saúde Mental, e, o terceiro, também com formação básica na Área de Ciências Humanas, mas sem nenhuma aproximação com a Área da Saúde Mental. Esses examinadores, individualmente, após os exames das sínteses dos dezesseis encontros, elaboraram nova síntese, mas agora, estabelecendo todo o significado de cada um dos encontros, em apenas uma frase. Seqüencialmente, em uma reunião, foram feitas as leituras das frases dos três examinadores e realizada uma profunda discussão, para, finalmente, através do consenso, serem estabelecidas as dezesseis frases representativas dos dezesseis encontros.

Dessa forma, os resultados são apresentados de maneira descritiva, mostrando as sínteses de cada encontro e a frase representativa de cada um deles. Foram analisados também de forma qualitativa descritiva a partir de suas sínteses, mas, para os fins do presente estudo, essa análise tem a conotação de um diálogo, partindo do entendimento de que o diálogo, em se tratando de pesquisa qualitativa, tem aproximação muito maior com a realidade descrita. Importante lembrar que os passos seguidos procuraram aproximação com o referencial de Minayo (2004) a qual relata que, no início, a análise do material se dá pela imersão e entrega para, assim, tornar inerente o entendimento do conteúdo. Nessa fase, ocorrem palavras-chave ou frases, recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e

os conceitos teóricos. No segundo momento, transforma-se os dados brutos em síntese do conteúdo, com a classificação e a agregação dos dados, buscando a compreensão da vivência. No terceiro momento, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação chegam ao significado da pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO: PERSPECTIVA DE DIÁLOGO COM OS RESULTADOS

A apresentação do conteúdo dos diários de campo será realizado, a partir daqui, na primeira pessoa do singular e do plural, deixando mais claro a relação acompanhado/acompanhante.

PRIMEIRO ENCONTRO

Lua chegou atrasada ao CAPS, acompanhada pela mãe. Fomos apresentadas pelo enfermeiro e, a pedido desse, expliquei para ambas a proposta do AT. Os encontros seriam uma vez por semana, entre 16 e 20 encontros, e poderiam ser, no início, em locais de sua preferência, como sua casa, por exemplo, e no próprio CAPS. Posteriormente, a proposta era sair desses locais e, com o tempo, realizá-los nos mais variados lugares, em praças, na rua, no cinema, onde houvesse necessidade e/ou interesse. Informe-i-a que o intuito do trabalho era de ressocialização, interação, melhora na qualidade de vida, mudança do cotidiano e do comportamento. Expliquei que o trabalho do AT, apesar de criar fortes vínculos afetivos, não deixava de ser um trabalho profissional, realizado em equipe multidisciplinar, essa formada por mim em conjunto com os profissionais do CAPS.

Perguntei se ela havia se interessado pelo acompanhamento e ela respondeu que sim, que queria “sara”, quando sua mãe interveio dizendo ser a proposta muito boa e há muitos anos a filha não se interessava por nada.

Lua assumiu não ter vontade de fazer nada, dizendo que sua vida havia acabado devido à sua condição.

Ficou claro que esse “sara”, ao qual Lua se referia, era mais a busca de uma cura para seus problemas físicos (como a perda da visão, a obesidade) do que busca consciente pela melhoria de vida inserida nessa nova condição. Era mais uma negação do estado em que se encontrava agora do que um esforço de aceitação do mesmo.

Reforcei que os encontros seriam uma vez por semana, no total entre dezesseis e vinte, começando num local de preferência dela, em casa ou no próprio CAPS, e que a proposta era sair desse local paulatinamente, realizando encontros nos mais variados lugares – uma praça, na rua, no cinema – onde houvesse necessidade e/ou interesse, e que o intuito era exatamente que ela recobrasse o interesse pela vida.

O encontro foi combinado para acontecer na casa dela, pois ela achou que não conseguiria sair. Disse a elas que o intuito era ajudar a devolver o interesse pela vida e que eu faria o possível para ajudá-la e o início seria de forma bem lenta e suave. Assim, combinamos de nos encontrar uma vez por semana, às quartas-feiras, às 9 horas e 30 minutos, e o encontro terminaria na hora que uma ou outra achasse melhor. A mãe acrescentou o fato de que a filha não andava, necessitava de ajuda o tempo todo devido à paralisia do lado esquerdo do corpo e ao problema da obesidade. Enfim, aceitaram a proposta.

Acertado que o encontro seria todas as quartas-feiras, às 9 horas e 30 minutos, nos despedimos, a mãe se levantou, ajudou Lua a se levantar, segurou sua mão e saiu caminhando. Importante destacar que esse fato contradisse o que ela afirmara anteriormente a respeito de Lua não conseguir andar sozinha, pois ela se mostrou capaz, levando ao entendimento de que a mãe potencializava o sentimento de incapacidade da filha. Importante também é o fato da própria mãe ter um transtorno e a estrutura familiar estar em crise.

Nos três dias subseqüentes previstos para os encontros, Lua estava internada, foi feito contato com o avô que achou melhor esperar ela voltar da internação. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***o contrato visando uma melhora na qualidade de vida.***

Um contrato firmado, mesmo que apenas verbalmente, implicitamente, é um criador de bases limítrofes para a relação acompanhante-usuária. Ele firma um compromisso que implica em direitos e deveres, imputa responsabilidades às partes nessa busca em conjunto pela melhora da qualidade de vida. No caso do AT, isso é importante devido, talvez, ao fato de a metodologia dessa forma de tratamento (a falta de um lócus definido, sala, consultório, horário, e todo um sistema ao qual se está culturalmente habituado) poder causar falsa impressão de que não se trata de um trabalho.

SEGUNDO ENCONTRO

Ao chegar à casa, me deparei com um lugar escuro, úmido, sujo, com cheiro nauseante. Os três cachorros de Lua faziam suas necessidades pela casa toda, inclusive em cima do sofá e das camas. Ao entrar no quarto, a sensação de mal-estar era ainda pior, pedi para que ela abrisse um pouco a janela ao que ela

respondeu: “não gosto de sol e claridade, prefiro ficar no escuro, vou acender a luz, pode ser?”. Eu disse que precisávamos de um pouco de ar. Mesmo assim ela preferiu manter a janela fechada.

A visita à sua casa foi breve, ela acabara de sair do hospital. Suas pernas estavam muito inchadas, passava por crises conversivas, não conseguia andar. Ela relatou não se sentir bem no hospital onde tinha que fazer dieta e a comida era muito ruim. Preferia ficar em casa. Comentei sobre a importância de se ter alimentação adequada para o bem-estar e a saúde, mas, ela disse não gostar de dieta, gostava de comer “bastante”, principalmente, doces.

Falei que seria bom fazer exercícios, alongamento ou, pelo menos se ela andasse um pouco, mesmo dentro de casa... Lua não gostava de sair do quarto, só saía de lá de vez em quando, para almoçar e ficar na sala. Todo o quadro demonstrava descrição acabada de um caso de depressão profunda.

Indaguei sobre o que ela gostava de fazer. “Comer e ficar no quarto”. Gostava de música? “Há muito tempo não escuto, mas gosto de *rock, blues, jazz* e MPB”. Pensei em ouvir um disco de *blues* com ela, na sua casa, mas Lua disse não ter vontade, até que mencionei o fato de a banda Sun Walk & Dog Brothers ser daqui de Ribeirão Preto. Lua nunca tinha ouvido *blues* feito no Brasil, principalmente na sua própria cidade. Combinamos que eu levaria o disco no próximo encontro. Utilizando-me da técnica do manejo, atentando para aspectos culturais dela e contextualizando (aproximando o objeto de interesse da sua realidade, o fato da banda ser de *blues* e de sua cidade), consegui propor uma atividade interessante. E tentei ir além.

Propus fazer uma leitura de um livro de poesia de Carlos Drummond de Andrade, ela aceitou e, depois da leitura, aprovou, achando todas “lindas, especialmente uma delas”, a qual reli. Lua se emocionou refletindo sobre há quanto tempo ela não lia. “Tenho saudades”. Mencionei que ela poderia aprender a ler a escrita Braille, e ela se incomodou, “Não estou interessada, não quero mais ouvir poesia e você pode ir embora”.

Ter lido algo para ela, ainda mais se tratando de poesia (onde os versos formam idéias e imagens sentimentais), ao meu ver, preencheu uma lacuna causada pela doença física que ela apresentava, o que, no primeiro momento, reavivou o valor da leitura e, em seguida, quando ficou claro que era necessário que ela se

adaptasse (aprendendo a leitura braile) para reaver aquele prazer, Lua preferiu negar sua condição.

Então falei que estava tudo bem, mas pedi para que ela pensasse sobre o assunto, me despedi com um beijo e fui embora.

No caminho até o portão, sua mãe se desculpava pela atitude de Lua, relatando que a filha sempre ficava agressiva quando contrariada, chegando a agredir com tapas e palavras a mãe e o avô, o que acontecia raramente, pois os dois faziam tudo para que ela não ficasse nervosa. Respondi que era necessário que os dois impusessem um pouco de limites e não tirassem a responsabilidade dela sobre seus atos, pois ela não tinha o direito de agredi-los. A mãe quis contornar a situação dizendo que aquilo havia ocorrido apenas duas vezes e fazia muito tempo que não se repetia, agindo exatamente de forma contrária ao que eu acabara de falar, querendo criar uma imagem de boa filha, o que, no final, acabava por prejudicar Lua.

Na cultura atual, a concepção de transtorno mental vem sendo usada, no senso comum, como justificativa para atitudes que ferem os paradigmas para melhor vida em sociedade. “Além disso, este parece ser um momento propício da história ao obscurecimento da questão da responsabilidade do homem por suas ações, escondendo-se por trás de uma concepção forjada de doença mental” (SZASZ, 1980).

Um diagnóstico de transtorno mental, dependendo da gravidade, não pode ser entendido como salvo-conduto para todo e qualquer ato danoso, seja criminoso ou não, seja atentando contra si ou o próximo.

A família de Lua, com essa atitude de não responsabilizá-la, preocupados com a imagem social, por esses atos, por menores que fossem, criavam ambiente propício para que ela se aproveitasse de sua condição de usuária. Era importante alertá-los para isso.

Nas três datas subseqüentes não houve encontros, pois Lua estava novamente internada e recusou receber visitas no hospital. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***o at reavivando um sentimento de prazer.***

Quando, logo no início da relação, o at consegue resgatar um sentimento prazeroso da usuária cria-se uma esperança para essa, ainda que inconsciente, da possibilidade de alcançarem aquele objetivo. A relação começa a se amarrar de forma construtiva, proporcionando prazer que a usuária há tempo não

experimentava. Nem sempre é possível uma interação como essa que vislumbra contentamento e mexe com conceitos pré-formados da usuária, logo no início do tratamento.

TERCEIRO ENCONTRO

Lua estava deitada no quarto e dizia passar bem. Falei que, apesar do longo tempo sem nos vermos, não havia me esquecido de levar o disco de *blues*. “Adoro *blues*” ela disse e pediu o rádio *CD player* para a mãe.

Quando a mãe entrou no quarto, perguntou se Lua havia me dito quantos anos tinha. “Sim, quando nos conhecemos”, mas, segundo a mãe, a idade de Lua havia mudado.

“Quantos anos você tem, filha?” perguntou a mãe.

Com uma voz forçadamente infantilizada respondeu:

“Quatro aninhos”.

Até então Lua não tinha se comportado como criança, conversamos sobre música e Lua tinha o seu tom de voz normal. Fiz algumas observações dizendo que ela não aparentava tão pouca idade, já tinha o corpo “formado”, pintava os cabelos de loiro e tinha um cachorrinho desde filhote, que tinha seis anos, portanto, era impossível ela ter somente quatro.

Lua, com a voz normal, desconversou pedindo o rádio. Coloquei o disco e ela: “Adoro *blues*”.

Falamos sobre a banda: onde tocavam, o timbre de voz do cantor que ela concordou ser muito bom e então ela disse querer “vê-los” tocar. Será possível, “quando você estiver com os pés menos inchados, combinaremos de ir”. O CD estava quase no fim quando ela pediu que eu desligasse. Estava confusa, a música a deixava confusa, não sabia se tinha “três ou trinta e um anos”, confundindo mais ainda as idades.

Perguntei qual idade ela preferia ter. “Não sei”, respondeu. Pedi que refletisse sobre isso. O que ela fazia quando tinha três anos? “Brincava”. Que mais? “Só!” E com trinta e um? “Nada! Só fico no quarto e na cozinha, comendo”.

A confusão era grande, a paciente queria que eu fosse embora, eu estava “atrapalhando” a vida dela.

“Tudo bem”, respondi.

Quando eu estava saindo, a mãe dela disse que isso dela dizer que tem quatro ou três anos já vinha acontecendo esporadicamente havia uns dois meses.

“Ela toma leite na mamadeira, chora e fala como criança, mas, às vezes, volta ao normal e diz não se lembrar de nada”.

Percebi que tais crises só se manifestavam, até essa ocasião, na presença da mãe já que no CAPS e comigo Lua nunca havia se passado por criança, e, dessa vez, apenas após a mãe mencionar o fato na nossa presença.

Pedi à mãe que não reforçasse ou colaborasse com tal atitude da filha. Não seria bom tratá-la como criança e sim, quando começasse tal situação, que ela lembrasse a filha de que já era adulta, da maneira que achasse melhor. Pois até aquele momento a mãe fizera tudo ao contrário. Comprara uma mamadeira para a filha e a dava sempre que a mesma pedia. Expliquei que agindo assim ela só ajudava Lua a regredir e precisaríamos trabalhar juntas para ajudá-la. Que esses surtos psicóticos nada mais eram do que uma maneira de fugir da realidade. Eu, ela poderia mandar embora, como fizera. Com a mãe ela voltava aos três anos. A mãe concordou.

A contribuição do at foi através da música, trazendo à tona vivências anteriores que a fizeram refletir sobre sua condição, isso a perturbou, pois Lua tinha que olhar para a realidade de sua vida, ao ponto de se incomodar com minha presença.

A situação de infantilização imposta por Lua é sempre reforçada pela mãe que dá mamadeira e a trata como criança, sendo assim mais fácil não contrariar para não ter problemas, a mãe então acaba sendo manipulada pela filha, estabelecendo relação de comodismo de ambas as partes. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***não sabia se tinha três ou trinta e um anos.***

O at conseguiu causar na usuária o enfrentamento da despersonalização que ela apresentava ao afirmar ter três ou quatro anos de idade, ao atentar para detalhes do cotidiano que desmentiam aquela idade. A idade do cachorro, a forma física da usuária, a música da qual ela gosta.

QUARTO ENCONTRO

Encontrei Lua na sala, animada e perguntei como ela estava. “Muito bem”, foi a resposta e disse ter duas coisas para me contar. Pediu que sua mãe a ajudasse a

levantar, me pegou pela mão e fomos para o quarto. Ela contou que algo estranho estava acontecendo.

“Tem uma bruxa falando comigo. Eu mando ela ir embora, mas ela fica na minha cabeça”, disse Lua.

“E o que é que a bruxa diz?”, perguntei.

Explicou que a bruxa dizia que aquela casa era amaldiçoada e ela, Lua, deveria “colocar fogo na casa”.

“E o que você acha disso?”, perguntei.

Lua achava errado. A bruxa só dava idéias de coisas erradas e ruins, atormentando-a.

Ela disse: “Eu grito muito quando ela aparece, não me sinto bem, não sei o que fazer pra que ela vá embora”.

Eu disse que se a bruxa traz coisas ruins deveríamos pensar em coisas boas e alegres, para que esse pensamento da bruxa não nos prejudicasse. Propus que escutássemos uma música e Lua prontamente concordou.

“Ela fala que eu sou feia e chata, e que minha vida é uma chatice”.

“E o que você acha sobre sua vida?”, perguntei.

“Acho que é isso mesmo”, respondeu.

“E essa bruxa, o que você acha?”, indaguei.

“É feia e chata!”, foi a resposta.

Expliquei que deveríamos descobrir de onde vinha essa bruxa e o que ela pretendia, mas “Enquanto isso não acontece, vamos combatê-la pensando em coisas boas, alegres, escutando música, batendo um bom papo com o avô, brincando com o cachorro...”. Lua disse que faria o possível e não deixaria a bruxa atrapalhar sua vida.

Mudando de assunto ela contou a outra nova. Iria, no dia seguinte, ao neurologista fazer uns exames a pedido da psiquiatra.

“Você está preocupada?”

“Não, mas é que o exame é um pouco chato, tudo bem”.

Comentei sobre o novo corte de cabelo dela, “Ficou ótimo!”, ela disse que queria pintar de loiro, então falei que poderíamos fazer isso juntas, no próximo encontro iríamos a uma farmácia comprar a tinta na cor que ela gostasse para pintarmos seu cabelo.

“Ótimo, está combinado”, Lua respondeu. “Gosto de loiro mesmo”!

Escutávamos um disco de outra banda de Ribeirão Preto e ela afirmou ter gostado da terceira e da última música, pediu pra ouvi-las mais uma vez “É uma banda de MPB”, eu disse. Lua achou ótimo pediu um *CD* da banda eu disse que poderia arrumar um para ela.

Depois, nos despedimos e fui embora, ela me acompanhou até o portão e me deu um forte abraço.

Neste encontro Lua manifestou uma figura para exteriorizar o que achava de si e do meio em que ela vivia. Tentei fazer com que ela atentasse ao fato de que as opiniões daquela bruxa eram as mesmas dela. A despersonalização de si mesma ficou marcante nesse encontro, onde Lua descreveu exatamente como se via, porém, em um primeiro momento não tinha consciência. Por hora achei o suficiente.

Antes do quinto encontro Lua me telefonou dizendo que acontecera algo muito estranho.

“Fui ao médico e, chegando lá, ele me colocou de frente ao espelho e perguntou o que eu via. Disse a ele que via uma pessoa gorda, feia, chata, triste, que levava uma vida muito chata. Era uma bruxa. Então descobri que eu sou a bruxa e não quero ser assim”.

“Que bom, Lua!”, respondi, “Nós podemos mudar tudo isso, se você quiser”.

“Mas eu não sei como nem por onde começar. Estou muito confusa”, disse.

“Eu estou aqui pra te ajudar. Vamos devagar, caminhando juntas, resolvendo uma coisa de cada vez”, completei.

Lua insistiu: “Acho que quero mudar a minha vida, não quero ser assim”.

Pedi para que ela refletisse a respeito de sua vida, por onde começar a mudar e que quando eu fosse até sua casa daríamos início ao processo com muita calma, fazendo uma coisa de cada vez. Achava que ela estava no caminho certo.

“Tudo bem, estou te aguardando”, ela se despediu e desligamos.

Lua conseguiu, por si mesma (induzida por mim e pelo médico), ver que a figura da bruxa era uma exteriorização da própria visão que ela tinha de si e de sua vida. Tal fato foi de suma importância no despertar da vontade de mudança. O que já mostra diferença em seu comportamento. É o assumir a própria opinião e tomar consciência de que a mudança depende dela mesma. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***assumindo a visão de si mesma. Querem mudar.***

Lua tomou consciência do que representava para ela a sua condição, iniciando o processo de busca por mudança.

QUINTO ENCONTRO

Chegando à casa de Lua, o avô me abordou dizendo que ela havia voltado ao “normal”. Sem entender fui entrando e encontrei-a na sala.

“Aline, há quanto tempo! Você sumiu desde aquele dia no CAPS, achei que tivesse desistido!”, disse ela com um ar de espanto.

“Como assim? Você não se lembra dos nossos encontros?”, fui questionando.

“A gente não se vê desde o CAPS”. Foi a resposta que obtive.

Sentei-me para tentar fazê-la lembrar-se dos nossos encontros, lembrando situações marcantes. Assim ela começou a lembrar das músicas das bandas de *blues* e MPB, do médico, do espelho, mas não se lembrava da bruxa. Começou a conversar como se nada tivesse acontecido, comentou que, ao acordar, havia tomado um susto ao se olhar no espelho, pois percebeu que seu cabelo estava curto e o avô precisou explicar que fora ela quem quisera cortar. Continuou falando do cabelo, que era enorme, que saía muito quando estudava, ia ao cinema, a bares com música ao vivo, *karaoke*...

Perguntei, “E depois do acidente?”.

Lua disse que depois também saía com a prima.

“E como foi o acidente?”, questionei.

Ela contou que estava com a prima num *karaoke* quando uns amigos as convidaram para irem a uma festa na USP. Ela topou, a prima não. No caminho para a festa uma amiga dela dirigia, Lua estava no banco do passageiro e mais um amigo estava no banco de trás. “Uns caras” pararam o carro ao lado e desafiaram para um “racha”. Eles toparam, o outro carro se distanciou e de repente eles se depararam com um sinal vermelho. A amiga que dirigia perdeu o controle do carro e não conseguiu parar. O carro se chocou com um caminhão que vinha no cruzamento. “O carro virou uma sanfona!”. Nada aconteceu com a amiga e o rapaz, mas com ela... “tudo de ruim”.

“Agora estou aqui, mas depois que saí do hospital tive que aprender tudo de novo: falar, comer, beber, andar... foi muito difícil, meus amigos sumiram, só restou minha prima que me deu muita força. Depois disso fiquei bem, estudei musicoterapia, me formei musicoterapeuta, tive vários amigos na faculdade, minha prima e eu éramos inseparáveis, saíamos juntas, íamos aos bares, *karaoke*, era tudo como antes, conheci alguns amigos dela, tudo gente boa, saíamos juntos,

então ela arrumou um namorado que não se deu bem comigo e ela foi se afastando. Hoje, nos falamos muito pouco, por telefone”, disse Lua e continuou:

“Antes do acidente trabalhei num 0300, um disque sexo e amizade. Meu avô não sabe, eu adorava conversar com as pessoas, tinha muita lábia, boa de conversa, após o acidente desanimei. Eu tinha um namorado, mas também terminamos e ele sumiu como todos, e eu fiquei aqui com essa vida chata, monótona, eu e minha mãe nessa simbiose louca... Preciso mudar minha vida e estou disposta”.

Completo dizendo que às vezes tem “umas recaídas” das quais não se lembra. “Como se eu estivesse em outro mundo e, de repente, voltasse pra minha vida normal. Volto perdida, sem saber o que aconteceu”.

A mãe entra, senta-se ao lado da filha, que segura na mão dela, e comenta sobre os cachorros que parecem “elétricos”, não param um segundo de latir. “Deram açúcar pra eles”, diz, “acho que a culpa é do seu avô”, retruca a mãe.

Lua comenta querer passar por uma cirurgia no estômago para emagrecer. “Me sinto muito cansada, com os pés inchados, não consigo caminhar, é muito ruim”, afirma.

“Você já se informou a respeito?”, perguntei.

“Sim, posso conseguir de graça, mas tenho que passar por uma avaliação psicológica e acho que não serei encaminhada por causa dos meus problemas. Fui a um psiquiatra particular e ele disse que tenho depressão, transtorno de personalidade paranóide, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de humor e ansiedade. Acho que não me deixariam fazer a cirurgia. Hoje, o que falam no CAPS... não sei... a médica nunca me responde a respeito, sempre desconversa”. A mãe confirma o que Lua diz.

Falei para ela insistir, perguntar para outro profissional, ali do CAPS mesmo, perguntei sobre o medicamento que ela toma, e ela disse saber para que serve cada um. “Um é pra ansiedade, outro para depressão e o outro um calmante”.

“Informe-se melhor sobre isso, Lua, na próxima consulta pergunte a alguém que possa informar corretamente para que serve mesmo cada medicamento, qual o seu diagnóstico, se é possível a cirurgia de estômago para emagrecer. Essa cirurgia causa muita irritabilidade, ansiedade, você não vai poder comer muito, agrava seu problema, tem que estar preparada psicologicamente para enfrentar isso”, falei.

Lua concordou e caiu em silêncio.

“E a pintura do cabelo?”, lembrei, “Ai, preciso mesmo pintar, meu cabelo está muito feio. Odeio essa mecha branca na frente! No meu próximo pagamento vou pintar”.

“Lembra que combinamos de ir comprar a tinta e pintar juntas?”, falei.

“Não, não lembro, mas podemos fazer isso, assim que eu receber”.

Nos despedimos.

Pareceu-me que Lua estava tentando bloquear os acontecimentos que a levaram a tomar a decisão de querer mudar de vida, só lembrava das atividades prazerosas. Chamou-me a atenção Lua às vezes rir da própria situação como se fosse uma coisa que já passou e tudo bem.

Será que essas lacunas de memória eram sintomas do distúrbio bipolar ou um artifício de Lua para não encarar tais situações? É importante salientar que Lua é pessoa inteligente e com cultura que possibilita a ela fazer uso do seu diagnóstico como forma de escapismo. Eu precisava estar atenta a essa possível manipulação.

Notei que na relação médico-paciente entre Lua e a psiquiatra não havia profundidade, um vínculo... ela falava da médica com um “pé atrás”. O vínculo é extremamente importante para construir um elo de confiança, possibilitando o resgate de vontades e valores, perdidos pelos sintomas dos transtornos. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***reflexões e vontades em direção ao real.***

Uma ferramenta fundamental do trabalho do at é a escuta. Fernández (1991) comenta que o escutar do terapeuta permite ao paciente falar e ser reconhecido, como também permite ao terapeuta compreender a mensagem, pois escutar não é sinônimo de ficar em silêncio. O at, nesse encontro, teve papel importante como mediador das vontades de Lua, cuidando para que essas não ficassem na esfera das falsas esperanças, criando fantasias.

SEXTO ENCONTRO

Assim que cheguei ao portão ouvi uma risada bem alta que só podia ser de Lua. Nem foi necessário tocar a campainha, pois os cachorros sinalizaram minha chegada. A mãe se dirigia ao portão me cumprimentando com um sorriso enorme. Perguntei qual era o motivo de tanta felicidade.

“Ah... faz tempo que ela não sorri assim. São os cachorros que estão brincando, muito acelerados”, disse a mãe, enquanto o avô se aproximava sorridente. Entrei, Lua foi logo me levando para o quarto, pois tinha algumas coisas pra me contar. Ela disse que não estava se sentindo muito bem, pois fora fazer uma ressonância e não coubera na máquina por estar muito gorda, com os pés inchados e rachados.

“Estou muito infeliz, não tenho vontade de fazer nada, sei que preciso me levantar, fazer algo, mas não consigo. Não vejo alternativa pro meu problema”, afirmou.

Ela relatou que foi a um médico novo, uma consulta marcada pela mãe, médico particular, pois ela estava achando que havia pouco-caso dos médicos do Hospital das Clínicas (HC). O tal médico novo dissera que o inchaço das pernas e pés não era fruto exclusivo da gordura e seria necessário um exame com uma espécie de câmera que percorre toda a perna, para assim poder diagnosticar corretamente. Isso a entusiasmara - a idéia de outra solução possível para tal problema. Ela disse que “vai demorar um pouco pra fazer o exame, mas vai ser bom, estou com medo, a câmera entra pela virilha e vai até o pé”.

Lembrei o fato de ela já ter passado por tantos momentos difíceis que o exame seria até simples. Não precisaria ter medo. Quanto à dor, certamente ela seria anestesiada e nem sentiria nada.

“Você tem razão. Não tenho motivo pra me preocupar, será simples e o importante é ajudar a resolver problema do inchaço. Não agüento mais, quero voltar a usar tênis”.

Ela pediu para que eu abrisse uma das portas do guarda-roupa para ver sua coleção de *All STAR*. Havia vários, de todas as cores. Eram a paixão dela, disse, não via a hora de usá-los novamente, as roupas também. Sempre foi muito vaidosa, tinha um “corpão violão de parar o trânsito”. Lua lembra que tinha uma vida muito ativa e agora estava ali, vendo a vida passar lentamente, sem motivação.

Nesse momento Lua agradece por eu estar indo lá. “Se dependesse do CAPS estaria perdida”, falou.

Perguntei a ela o motivo.

“Os atendimentos se dão num espaço de tempo muito longo, a psiquiatra me trata como retardada, só fala com a minha mãe. A psicóloga é muito boa, mas vamos ter que interromper o tratamento. Ela vai sair de licença”, respondeu.

Comentei sobre a musicoterapia da qual ela não quis participar. Segundo Lua, ela não quis devido ao fato de ser musicoterapeuta e acreditar em métodos diferentes dos aplicados pelo profissional do CAPS. Ela acha a estrutura de lá muito precária. Falei sobre a oficina de arte da Terapia Ocupacional (TO), programa no qual ela disse não ter sido incluída, mas que poderia solicitar se tivesse interesse. Seria bom conversar com o pessoal de lá. Assim tudo poderia melhorar. Ela disse que procuraria saber sobre outras atividades. Enfatizei que deveríamos ir com calma, uma coisa de cada vez, seria possível calçar novamente o tênis, vestir as roupas, mas dependeria muito dela, da vontade e da força dela para vencer barreiras, sem atropelar, primeiro os exames, depois o resultado e, assim, tomando as providências de tratamento, trabalhando com objetivos e perseverança tudo poderia acontecer.

“É muito bom quando você vem e me dá esse chá de ânimo, fico entusiasmada, pensando em possibilidades”, ela disse.

“Essa é a intenção”, me despedi.

O relato da paciente é importantíssimo para refletirmos sobre aspectos estruturais do serviço de assistência ao portador de transtorno mental.

O CAPS em questão conta com infra-estrutura muito aquém do ideal e até mesmo do mínimo previsto em lei. Lua não estava fazendo psicoterapia, pois a psicóloga havia se licenciado e não havia outro profissional da área para seguir com o tratamento, de suma importância para o seu caso. A parte médica psiquiátrica é oferecida de acordo com as possibilidades, mas tal oferecimento não se mostra suficiente para as necessidades de Lua, principalmente no que diz respeito à parte psicoterápica. Falta material de trabalho para o musicoterapeuta, para a TO e o oficinairo que, apesar de se esforçarem e se desdobrarem na criação de atividades, ainda não conseguem chegar sequer próximo do ideal. Ainda assim, a dedicação da equipe multiprofissional traz resultados positivos, reconhecidos pelos usuários.

Lua não estava fazendo psicoterapia. Então, coincidentemente à minha formação em psicologia, entendi como pertinente criar, em nossas conversas, um espaço para elaboração de conteúdos psicoterapêuticos quando de situações como essa. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***mudar implica superação***.

Lua mostrou-se um tanto desanimada, porém, era notável que a vontade de melhorar sua vida era grande, resgatar prazeres antigos, mas o mudar requer sacrifícios e esforços para superar os desafios vislumbrados, como a inadequação

dela aos tratamentos e à falta de empatia ideológica com alguns dos profissionais e às deficiências do sistema. A motivação devia ser o mote do at. Mostrar que não é impossível, mas difícil, e sabendo que haveria momentos de recaída.

SÉTIMO ENCONTRO

Dessa vez, quem me recebeu foi o avô, pois a mãe, que tem um cisto no seio, havia ido ao médico fazer exames.

Lua estava animada, pediu para que me sentasse e começou:

“Estive pensando em nosso encontro passado, refleti muito sobre tudo... queria que fosse como mágica, tudo de uma vez, porém, percebi que o processo será lento e difícil, mas, estou disposta a enfrentar tudo e sei que você pode me ajudar. Gostaria de te falar sobre umas coisas que aconteceram comigo antes do acidente, coisas boas que me trazem boas recordações, me fazem sentir viva”.

“Essa semana me lembrei de muitas coisas. Vou te contando aos poucos. Lembrei do meu namorado, um relacionamento complicado, eu o amava muito, vivíamos uma grande paixão quando ele me trocou por uma mulher bem mais velha. Fiquei arrasada, meu mundo tinha acabado, ele sumiu e nunca mais o vi... aí, me veio na cabeça um paquera que tive pelo *disk* amizade. Ele é de Santos, cidade onde nasci, uma graça, conversamos muito por telefone sem nunca nos ver, nem por foto. Só nos descrevemos um pro outro e ele sabe que sou cega e isso não tem problema algum pra ele. Ele não quer nada sério, mas está gostando muito de mim e eu dele. Quando o chamo de amigo, ele diz que não somos apenas amigos, só estamos muito distantes. Parece que ele quer me prender junto a ele mas tem medo”.

Perguntei há quanto tempo eles se falavam.

“Já faz alguns meses, acho que seis, ele pensa em vir até aqui, conhecer minha família, mas tem que ser nas férias dele. Acho bom, falar com ele está me fazendo bem. Conversamos aos domingos, menos quando estou desanimada e acabo dormindo. Ele fica chateado quando não ligo, mas sempre acaba se rendendo aos meus encantos. Já cheguei a ficar uns dois meses sem falar com ele por causa das minhas crises, mas ele me faz sentir bem, às vezes me surpreende”.

“Como assim?”, quis saber.

“É difícil falar, mas ele falou em sexo pelo telefone, disse que a minha voz é muito sedutora e pediu pra que eu pensasse sobre isso, eu disse que tudo bem, pra mim não é difícil me relacionar dessa forma, não tenho preconceito, pois toda forma de amor é válida”. Depois que Lua disse isso, percebi que ela não queria que eu dissesse alguma coisa, só queria ser ouvida (eu deveria desempenhar o papel de *holding*), e continuou:

“Acho que vai acabar acontecendo, mas não sinto muito prazer assim. Prefiro pessoalmente e sinto muita falta de sexo, faz muito tempo que não me relaciono com ninguém, de repente, será uma experiência nova”.

Concordei que seria uma experiência, mas a aconselhei a ir com cuidado “procure saber mais coisas sobre ele, a vida, a família, trabalho...” e perguntei onde ela havia conseguido o telefone do *disk* amizade. “Na TV”, e disse que fala também com outras pessoas, mas só como amigo.

Lua havia refletido sobre um relacionamento pré-acidente que a havia magoado, mas não sucumbiu ao sentimento, logo em seguida comentou sobre outro relacionamento, agora pós-acidente, que tinha valor para ela, inclusive no que se refere ao sexo, ao prazer. Lua começa a despertar para a vivência do prazer.

Refletimos juntas sobre momentos difíceis da vida pelos quais passamos e que há momentos felizes também, às vezes nossa vida fica marcada por uma situação muito difícil e consideramos essa situação um marco depois do qual tudo parece ruim, mas somos nós mesmos que criamos essa situação, deixando de perceber que ainda acontecem coisas boas, independente da situação em que nos encontramos, e que o importante não é o que fizeram conosco, mas sim, o que nós iremos fazer do que fizeram de nós. O que vamos fazer dali pra frente. “Pense sobre isso”, pedi. E propus sairmos no próximo encontro, Lua falou que estava querendo ir a um bar de espetinhos ali, perto da casa, já há algum tempo, mas não tinha coragem, pois “as pessoas ficam olhando, reparando como estou gorda, cega... tenho vergonha, é muito difícil, pra sair tem que ser um lugar mais tranquilo”.

“Então, essa é a oportunidade perfeita para começarmos a enfrentar essa situação”, comentei. Ela topou e chamou a mãe pra ver se não queria ir junto. A mãe achou ótima idéia, combinamos para a próxima semana, eu ligaria pra confirma a hora e o lugar.

Saí da casa, passei em frente ao bar de espetinhos. Era muito bem organizado, grande, com estacionamento amplo e próximo das mesas. Ideal para essa primeira saída. Fui embora torcendo para que tudo desse certo.

Lua começava a demonstrar uma percepção mais clara e realista da própria condição. Isso poderia ser a base para uma possível mudança de comportamento. Havia mudança no foco de visão da sua vida. Antes ela se via como vítima das circunstâncias sem poder de mudar algo e, naquele momento, já se via como o agente da mudança. O mudar dependia dela e não seria como “mágica”. Lua dava abertura para que situações prazerosas pudessem acontecer, como namorar pelo telefone ou ir a um barzinho comer espetinho. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***a emoção como combustível para a razão.***

Nos momentos de crise podemos encará-la como um beco sem saída ou como oportunidade de criar novas possibilidades. A emoção pode cegar a razão ou tornar-se o combustível que a põe em movimento. Daí vem o ânimo para racionalizar o enfrentamento dos desafios, desde aqueles aparentemente mais simples como ir a um bar de espetinhos.

OITAVO ENCONTRO

Lua me ligou bem cedo para confirmar o encontro. Disse que estava tudo certo, combinados que eu estaria na casa dela às 19 horas. Comentei que tinha passado no bar para ver como era e havia achado tudo tranqüilo.

Cheguei na hora marcada. Lua já estava toda arrumada, com uma linda faixa na cabeça, brincos, batom cor-de-rosa e fui logo elogiando o perfume muito bom e os acessórios. Era notória a felicidade do avô e da mãe por verem Lua toda arrumada. A mãe, que também se embelezara, aparentava ansiedade e foi chamando: “então vamos”. Fomos juntas no mesmo carro.

Chegamos, estacionamos bem perto das mesas, Lua teve dificuldade para sair do carro e foi ficando nervosa, dizendo que todos estavam reparando, falei que éramos os primeiros a chegar e só tinha a garçonete no bar.

“Tô muito nervosa, não consigo nem sair do carro direito”, ela disse.

“Calma, se você se acalmar consegue sair daí e vamos pegar uma mesa boa”, falei.

Descemos, caminhamos até a mesa mais próxima, nos acomodamos, Lua se acalmou e disse: “você é muito tranqüila pra resolver as coisas, sinto confiança quando você está por perto”. A mãe comentou que quando elas tentaram sair juntas Lua “dava muito trabalho”, desistiam sempre na porta do lugar.

Pedimos algo para beber e comer e Lua, que come muito, pediu logo três porções e vários espetinhos, só para ela. Um músico foi chegando, montando um teclado, começou a tocar, Lua e a mãe ficaram entusiasmadas com as músicas que gostavam muito, Lua começou a contar sobre várias situações de sua vida. Quando o músico tocou “Chão de giz” do Zé Ramalho ela se emocionou, falou do ex-namorado com saudade, disse que era muito “danada”, pois vários rapazes se apaixonavam por ela, mas ela nem ligava e foram poucos por quem ela se apaixonou. A mãe entrou na conversa falando dos seus próprios amores, que a filha deu muito trabalho, vários rapazes ligavam atrás dela. A filha disse que “aprontou várias”, saía muito, curtia a noite e sua mãe não se importava, só o avô para quem, às vezes, tinha que mentir sobre aonde ia e falou: “preciso te contar uma coisa, mas no próximo encontro, tenho muita saudade do tempo que enxergava”. Na mesa ao lado havia um pessoal de uma firma e um dos senhores começou a flertar com a mãe que ficou muito envergonhada, fingindo não ser com ela.

Ficamos uma hora e meia, comemos, ouvimos umas músicas e Lua quis ir embora, estava cansada. No caminho comentaram sobre as músicas, a comida, tudo havia agradado. Chegamos, o avô estava esperando na varanda, abriu o portão ajudou a neta a sair do carro, perguntou como foi.

“Ótimo, vô, da próxima vez você tem que ir junto! Mamãe também adorou”, respondeu Lua.

Agradei a companhia e fui embora.

O encontro foi valoroso para o enfrentamento dos preconceitos e da ansiedade de Lua. O acompanhamento teve valor ressocializador e em menor escala de catalisador das relações familiares, uma vez que, após enfrentar as dificuldades que se apresentaram, houve a recompensa no momento agradável de celebração entre mãe e filha. Dias depois, num encontro posterior, a mãe comentou comigo o fato de que elas haviam ido juntas, novamente, no mesmo bar, sem a necessidade da minha companhia, o que sinalizava uma contribuição do trabalho em AT. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***colhendo alguns frutos***.

Logo de início, foi clara a melhora na auto-estima da usuária que se arrumara para o encontro, mostrando a importância que dava para a imagem, estar bonita.

O AT proporcionou uma vitória para Lua no enfrentamento de um desafio. Assim ela pôde ver como pode ser recompensadora essa luta contra as dificuldades. O momento de descontração junto à mãe contribuiu para a reaproximação, no entanto, nem sempre seria assim.

NONO ENCONTRO

Lua me aguardava na sala muito ansiosa, precisava me contar várias coisas sobre ela. Cumprimentei seu avô, sua mãe e fomos para o quarto. Lua começou a falar sem parar.

“Eu preciso te contar: quando eu era adolescente, saía muito pras baladas e conheci um casal muito simpático. Gostaram muito de mim, eu tinha uns dezesseis anos, era época de FEAPAM (Feira Agropecuária da Alta Mogiana, realizada em Ribeirão, onde havia *shows* etc.), eles passavam para me pegar e íamos juntos. Aconteceu de nos envolvermos e comecei a ter relação com os dois. Você sabe, né? Fazia sexo com eles, que foram me apresentando pra várias pessoas... então fui trabalhar num *disk* sexo e amizade. Nossa! Eu era muito boa, deixava os caras loucos por mim, pelo telefone. Minha mãe sabia desse emprego, meu avô não”.

“Sua mãe sabia do casal?”, perguntei.

“Nããão... sabia do emprego, achava que se era bom pra pagar a faculdade, tudo bem. Mas, dessa relação com o casal, não. O emprego durou muito tempo, quase terminei a faculdade de Administração, mas, não gostava muito. O que aconteceu foi que fui me envolvendo cada vez mais com aquelas pessoas, conhecendo outras pessoas até que, por fim, já era garota de programa. Eu adorava! Era linda, era perfeita, tinha cabelos cacheados, alta, olhos verdes, todos ficavam loucos comigo. Só pegava homens ricos, bonitos, podia escolher. Ganhava jóias, sapatos e roupas de marca, tudo caríssimo, fora a grana que me pagavam. Saía com pessoas importantíssimas da alta sociedade, vários quiseram namorar comigo, pra que eu ficasse só com eles, ter uma vida normal. Mas eu gostava daquilo, do meu sucesso, do sexo, deles se jogando aos meus pés”.

Silêncio.

Pichon-Rivière (2007, p.91) diz que: "... os momentos de silêncio são momentos de auto-análise".

"E sobre ser garota de programa, sua mãe sabia?".

"Não", respondeu à minha pergunta, "é um segredo só meu, e agora você sabe, queria tanto te contar, pois sinto muita falta de tudo que vivi".

"Bom, Lua, percebo que essa fase de sua vida você aproveitou muito e ultimamente anda se lembrando muito de como você era antes do acidente, mas você não pode achar que só este momento foi bom e que daqui para frente nada pode acontecer de novo, isso impede você de olhar novas possibilidades e de aceitar sua condição atual, cuidado para não se prender muito ao passado, vamos olhar para o 'agora', para como você terá que caminhar diferente", falei.

A paciente continuou: "minha vida acabou, eu era 'glamourosa', linda, perfeita e, agora, não tenho nada. Só esse quarto onde durmo e como o dia todo".

"Trabalhava superbem no *disk* sexo, continuei lá. Era a melhor, meu patrão pedia pra que eu dobrasse o turno. Falei pro meu avô que estava trabalhando na compensação do banco, que funciona de madrugada, e pra minha mãe que sabia do trabalho, quando tinha cliente de madrugada eu dizia que ia pro *disk* sexo. Você não tem idéia de como eu era, quer ver? Olha essa foto", foi até o armário, pegou um porta retrato e me mostrou. Tive que concordar. Lua era muito bonita, mas disse a ela que "há várias formas de se ver a beleza e ela não está só no físico".

"Mas ninguém vai querer namorar uma gorda, cega, cheia de problemas", me respondeu, rápida.

"Você se vê assim, mas as mudanças podem acontecer. Se você quiser!", falei.

"Mas como? Se não vejo vida em mim?".

"Lua, estou aqui para ajudar, mas a força e a vontade estão dentro de você, precisa se olhar e ver que a vida mudou. Agora é uma nova vida, não um fim. Você precisa lutar para se adaptar. Antes era fácil, cheio de *glamour*, festas. Pois bem, agora a vida será de muita luta", disse a ela. Eu estava ali para mostrar como poderíamos conquistar essa nova vida, mas antes, ela precisaria se olhar e se dispor a enfrentar o que viesse.

"Pense em como era sua vida e em como ela é hoje, e em como você pode mudar o que te desagrada. Podemos fazer várias coisas, mas, primeiro, vamos aceitar sua condição para começarmos a trabalhar. Todos passam por mudanças, já

te falei isso antes e repito. Mudanças, problemas, tristezas e alegrias fazem parte da vida. ‘O que não me mata, me fortalece’, pense sobre isso. A vida não acabou, só mudou seu curso”, finalizei deixando cair o silêncio no quarto. Uma quietude como a pausa que precede a chuva. Lua chorou, chorou muito. Pediu pra que eu fosse embora. Pensei que havia sido firme demais, jogando aquela responsabilidade que era dela para ela, assim, de uma vez. A responsabilidade de aceitar, de mudar. Achei que ela ia desistir do at.

O AT talvez seja a modalidade de tratamento mais aberta à criação de um vínculo entre o acompanhante e o acompanhado, em contradição com os paradigmas das outras formas de tratamento que preferem o distanciamento. As relações humanas, em diferentes planos intersubjetivos (seja do coletivo ao cultural) são fonte geradora de grande variedade de transtornos mentais. No AT acredita-se que essas relações também podem ser fonte de solução para diversos aspectos desses transtornos. Tais relações não geram efeito apenas em uma direção, mas os efeitos dão-se tanto do acompanhante para o acompanhado, como no sentido inverso. Tendo em vista esse aspecto do acompanhamento, vemos no caso aqui apresentado que se formou um vínculo forte entre os dois pólos da relação. Tão forte que a acompanhada se sentiu à vontade para desabafar contando um segredo que há muitos anos guardava, me surpreendendo. Reagindo de forma humana (não esquecendo o alicerce do AT), percebi que Lua estava tendo uma recaída ao pensar na perda do sentido de sua vida sem aquilo que ela chamava de *glamour*, então confrontei (emprestando o ego) aquela idéia tentando fazê-la pensar a respeito da aceitação da perda daqueles valores para tentar, assim, achar novos valores para sua nova vida. Refletindo sobre essa atitude que tive (quase como um reflexo) achei que havia sido arriscado e talvez Lua nem quisesse me ver novamente, no entanto, como veremos adiante, o resultado foi positivo. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***segredos do passado e não aceitação do presente.***

Lua dá uma mostra de confiança na pessoa do at ao contar segredos do passado de evidente gravidade, mas assume um tom de desencanto com o presente. Tal confiança abre portas para que o at insista em não deixar que o desânimo tome conta e que Lua tenha uma recaída.

DÉCIMO ENCONTRO

Encontrei o avô que me esperava e já foi logo dizendo que Lua não estava bem. Após o retorno da psiquiatra se trancara no quarto. Fui entrando, bati na porta do quarto e perguntei se poderia entrar. Ela respondeu afirmativamente.

O quarto estava abafado, todo fechado, exalava um cheiro nauseante de xixi de cachorro. Pedi para abrir a janela, ela deixou dizendo que não gostava de sol: “não faz bem tomar muito sol”. Falei que um pouco era bom para a pele, convidei-a a ir lá fora, poderíamos conversar no quintal, mas ela recusou e foi falando, se queixando:

“Não estou nada bem, fui ao psiquiatra e não estou gostando de ir ao CAPS. Nenhuma atividade me interessa, queria mudar para o Hospital-Dia (HD), quem sabe lá eu tenha mais opções. Estou me sentindo desamparada, no CAPS, as pessoas não conseguem conversar direito, os pacientes não falam coisa com coisa, a psiquiatra nunca fala comigo, só pergunta as coisas pra minha mãe que finge de tonta, a médica receita o medicamento e pronto”.

“Mas Lua, você tem horário na musicoterapia e nunca apareceu...”.

“Já te falei que musicoterapia não dá certo”.

“Então podemos marcar uma reunião no CAPS para tentar outro tipo de atividade, e você pode conversar com sua mãe a respeito dos médicos, podemos arrumar alternativas para melhorar essas coisas, não precisa querer morrer, para tudo na vida há solução , e prossegui, “temos muitas alternativas, podemos tentar uma vaga no HD, posso te levar numa escola para deficientes visuais, lá tem várias atividades, me indicaram, disseram que é muito bom, poderíamos ir até lá, ver se alguma atividade te interessa”.

“Ah, já sei do procedimento, não ia dar certo, gostaria de fazer algo diferente, me sinto muito desamparada, se não fosse essa coisa do AT, estaria perdida. Fui a outro médico com minha mãe, mas é sempre a mesma coisa, estou muito gorda, isso prejudica minha saúde, tenho que dar um jeito na vida, essas coisas que eles falam, só me deixam mais pra baixo, não agüento mais. Ando procurando os remédios pra tentar me matar, mas meu avô está esperto, ele esconde tudo, tô desorientada, não agüento mais essa vida”.

Mesmo assim, ela disse, iria pensar sobre a escola para cegos. Já tentaram levá-la, mas não gostou, não queria “aprender braile, andar de bengala esbarrando

num monte de cegos”, porém, pensaria nisso e, enquanto ela pensava, eu ia procurar saber mais sobre a escola.

Fomos para o quintal tomar ar. Estava batendo um ventinho fresco e ela pareceu ler meu pensamento, pois disse: “tá tão gostoso, um vento bom”. Ficamos ali, sentadas em silêncio por uns vinte minutos, os cachorros começaram a pular no colo dela num clima ótimo e ela falou: “é muito bom ter a sua companhia. Estava triste e apareceu um ânimo, lá do fundo, pra eu agüentar mais um pouco essa vida”.

O papel de *holding*, às vezes, como diz Barreto (2000), se faz apenas no estar presente ali, não só um corpo junto, mas um corpo atento, com o qual há o vínculo, cheio de simbolismo para o acompanhado.

A mãe chega de carro e Lua brinca: “já chegou a tigrona, é o apelido dela”.

“Tudo bem?”, diz a mãe. “Tudo”, respondemos e a mãe continuou: “estava no hospital, vou ter que tirar um caroço do seio, amanhã, no HC, mas é coisa simples, tenho alta no dia seguinte. É mais um tumor maligno, mas nada demais”.

“Minha mãe sempre tem que tirar um tumor e sempre diz que não é nada demais. Segue tudo que os médicos mandam direitinho, ao contrário de mim que odeio fazer o que eles mandam. Só tomo o medicamento correto porque ela e o vô estão sempre em cima. Mas o resto, não tem quem me faça!”.

“É”, falei, “precisamos encontrar algo que te anime. Pense sobre a escola. Vou indo, tchau”.

“Vou pensar com carinho”, falou enquanto eu saía.

Mesmo após o momento de crise e angústia, Lua ainda manteve a abertura a alternativas. Quando do segundo encontro, mencionei a opção de aprender braille, ela me mandou embora. Agora, pensaria com carinho no assunto, mais um sinal de que ela começava a aceitar sua condição e dava novo valor a si.

Lua me ligou no dia seguinte pela manhã perguntando se o próximo encontro poderia ser num rodízio de *pizza*.

“Claro, está combinado, às 19 horas”. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***é muito difícil reaprender, mas vou pensar com carinho.***

A presença do at tem tamanho significado para a usuária que esse estar presente basta para que ela consiga sair de um estado de agonia, recobrando a calma e, refletindo, considerar uma possibilidade que antes rechaçara.

DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO

Cheguei na hora marcada e Lua junto de sua mãe já estavam lá.

“Oi, estava com saudade, mas é que fiquei muito mal, precisei ir várias vezes ao Pronto-socorro (PS) me medicar pra passar a dor”, falou.

“Tá melhor, agora?”, perguntei.

“Sim, mas tive que tratar direitinho pra dor não voltar”.

Pedi um suco, Lua começou a falar sobre como gostava daquele lugar, a gerente e a garçonete eram muito atenciosas, sempre que ela chegava, eles já arrumavam uma mesa adequada. Perguntei o que seria uma mesa adequada para ela. Segundo Lua, era uma mesa onde não tivesse muitas pessoas por perto, com duas cadeiras para ela, pois as cadeiras eram de plástico e uma só não agüentaria, perto do banheiro para não ter que andar muito.

Nisso, a gerente se aproximou:

“Como é que está, sumida? Há quanto tempo não aparece...”.

“Estava um pouco desanimada, faz quase um ano que não venho aqui, tenho preferido comer em casa...”, Lua falou.

“Ah, precisa se animar, sair de vez em quando é bom. Precisando de algo...” a gerente disse, saindo.

Eu e a mãe fomos para a pista de massas, Lua não saía da mesa. Falava o que queria e a mãe trazia. Ela dizia preferir comer no restaurante, pois a comida está sempre quentinha e, assim, ela podia comer até cansar. Falei que deveríamos comer com moderação, mas ela retrucou que não conseguia.

“A comida é muito boa, não consigo parar”, afirmou.

Ela come compulsivamente, o tempo todo, sempre falando de algum lugar que freqüentava com a mãe ou a prima, para comer. A mãe comentou que depois do acidente, depois de uns quatro anos, que ela desenvolveu essa compulsão por comida e, desde então, teve vários problemas. Primeiro a bulimia que conseguiu tratar, mas não parou de comer e começou a engordar.

“Mas, eu gosto de comer, é um dos poucos prazeres que me restam e não abro mão!”, comentou.

“E quais são os outros prazeres?” quis eu saber.

“Falar no telefone e dormir. Mais nada”, respondeu.

“Você não gostaria de ter um trabalho, que fique falando ao telefone, tipo *telemarketing*?”

“Sim, mas sou aposentada, não posso ser registrada e eles não contratam sem registrar”.

“Sei lá, e um trabalho voluntário, uma ou duas vezes por semana, atendimento ao cliente, CVV (Centro de Valorização da Vida)?”.

“Seria uma boa, até pra sair um pouco de casa, fazer algo útil”, se animou.

Disse que eu poderia ajudar. Lua pediu um pedaço de *pizza* doce, comemos, pedimos a conta. Quando estávamos de saída ela disse que precisava me falar umas coisas, mas no próximo encontro.

O encontro serviu para verificar pelo menos um fato positivo. Lua, que gosta tanto de comer e de ir àquele lugar, não se animava a ir lá há um ano e, agora, enfim, se animara. A iniciativa de chamar para sair e a proposta do programa haviam partido dela, o que demonstrou mudança de comportamento, acredito também ter sido estimulado pelo AT. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***ansiedade, ócio e comida***.

Lua é extremamente ansiosa e, vivendo de forma ociosa, ficando em casa o tempo todo, depositava essa ansiedade na comida, o que causava outros vários problemas. Talvez uma ocupação, fazendo-a se sentir útil, poderia ajudar. No entanto, pareceu que ela não se animou muito com a idéia.

DÉCIMO SEGUNDO ENCONTRO

O avô me recebeu dizendo que estava tudo bem. Entrei. Lua estava no quarto com os cachorros, me pediu para tirá-los de lá. Disse que estava bem, havia pensado no emprego ou trabalho voluntário, seria bom, já trabalhara em algo parecido, tinha habilidade para aquilo. Podia ter mudado fisicamente, mas a voz continuava a mesma. Pediu que eu a ajudasse a arrumar um trabalho do tipo. “Tudo bem”, falei, “mas acho que vai ter que ser algo voluntário já que não pode ser registrada”. Ela disse que o emprego que tinha no *disk* sexo não era registrado. Iria investigar e perguntei se, caso aquele não desse, poderia ser outro, respondeu que tudo bem “pode ser, fico mais animada, preciso sair desse quarto. É muito difícil, tenho medo, muito preconceito de mim mesma”.

“Com o tempo vamos vencendo isso e farei o que estiver ao meu alcance para te ajudar”, concluí.

Surpreendi-me com o interesse dela em trabalhar, já que, quando manifestei a idéia não percebi muito entusiasmo. A surpresa não foi só por isso, mas também pela verbalização da auto-análise dos preconceitos e do medo, culminando com a vontade de mudar.

Lua continuou: “Mudando de assunto, fui a um médico que disse ser viável uma cirurgia de estômago pra tratar minha obesidade, o que você acha?”.

“É uma boa opção, mas tem que se preparar, falar com outros médicos, com um psicólogo...”.

“Eu teria que me submeter a dois exames: um físico e um psicológico, já pensei sobre isso antes, mas desta vez fiquei entusiasmada, com a cirurgia me sentiria mais disposta”.

“Com certeza, mas você deve se informar sobre tudo. Como será feito, o que acarretará depois, como vai ser a alimentação o que e quanto vai poder comer...”.

“Poderíamos ir a uma palestra que vai ter, na rua Thomas Nogueira Gaia, sobre obesidade, o que você acha?”, perguntei.

“Poderíamos, que dia é?”.

Respondi que ia ver direitinho no *folder* que eu tinha em casa e ligava para avisar, Lua concordou, chamou sua mãe e o avô, explicamos para eles que aceitaram.

“Mas, mesmo assim, no próximo retorno vou perguntar tudo ao médico. Minha mãe também está vendo algumas coisas a respeito. Nos vemos semana que vem e, depois, vou viajar. Sempre passo o mês de julho na casa de minha tia em Olímpia”.

Aproveitei para lembrar Lua que tínhamos mais quatro atendimentos e que estava chegando ao fim. Lua ficou triste disse que precisa muito de mim neste momento e que nossos encontros tinham mudado o rumo de sua vida. Respondi que poderíamos conversar sobre continuar os encontros de AT. Lua disse que tudo bem, depois conversaria comigo sobre o assunto.

Nos despedimos.

Ficou claro, aqui, que na mudança de comportamento iniciou-se uma busca por melhor qualidade de vida. Querer emagrecer, trabalhar, sentir-se melhor. Percebi que, inconscientemente, a paciente tomou atitudes visando mudança para melhorar, dentro da nova realidade de vida, até mesmo para resgatar prazeres

antigos ainda compatíveis com essa nova vida. É um reflexo de como o momento de crise não denota apenas uma derrota, mas, também, uma oportunidade de crescimento a ser trabalhada pelo AT.

É sobre esse processo de superação de problemas a que se refere Rios (2001), quando verifica que problemas não sofrem uma solução, não são solvidos, não são solúveis. Eles são superáveis, devem ser superados. Superar não é diluir. É seguir a dinâmica de um processo, onde ocorre uma espécie de absorção, um rearranjo de elementos, e em que se vai à frente de forma nova. Não é deixar para trás os problemas, mas levá-los conosco de uma nova maneira, incorporados à nossa vida, que é contínua.

Liguei para Lua e disse que no dia da palestra ela estaria viajando, mas que iríamos no próximo mês, disse que era realizado mensalmente, então não tinha problema. Lua achou bom, disse que tudo bem. Confirmei o próximo horário e desliguei. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***mais realidade é igual a mais mudança.***

Cada vez mais Lua parece defrontar-se com as possíveis mudanças e com o fato de que isso requer a aceitação de sua vida como realmente é. Pelo menos nesse ponto.

DÉCIMO TERCEIRO ENCONTRO

Assim que entrei Lua estava tensa pediu que seu avô saísse e logo começou a falar muito.

“Fui ao médico cardiologista e falei sobre a cirurgia do estômago, ele achou ideal no meu caso, pois, melhoraria meu caso clínico em quase 70%, os problemas como pressão alta, inchaço nas pernas, obesidade, má circulação, falta de ar entre outros, mas, explicou que tenho que passar por um exame completo físico e psicológico e só então poderei fazer uma dieta, pediu para que eu começasse buscando informações, neste momento falei de você e sobre a palestra, o que ele achou muito bom”.

“Então, só que agora estou com um problema, só de pensar que não vou poder comer nada já fico preocupada, imagine se eu não puder comer tudo que como, fico nervosa só de pensar”.

Lua, neste momento teve uma crise conversiva, tendo uma convulsão, com falta de ar e desmaio por alguns segundos, chamei o avô para me ajudar, Lua foi voltando aos poucos e pediu um copo com água, a mãe e o avô mantiveram a calma o tempo todo e me explicaram que isso acontecia sempre que Lua ficava muito nervosa ou ansiosa e que, dessa vez, era por causa da cirurgia de estômago.

Lua foi voltando ao normal, pediu para que seu avô e a mãe saíssem e disse, “estou muito confusa, só de imaginar que vou fazer esta cirurgia e vou poder usar minhas calças novamente, ter o corpo que tinha antes, usar meus tênis, mas ao mesmo tempo comer é a única alegria que tenho, mas também minha vida pode mudar, estou com medo dessas mudanças. Estou pensando em várias coisas que essa cirurgia pode trazer de bom para mim, estou muito afim de que dê certo, mas tenho muito medo”.

Lembrei a Lua que essa não era a primeira vez que falávamos sobre esse assunto e que já faz algum tempo que essa possibilidade existia e que talvez seria a hora de enfrentar, saber mais sobre o assunto e procurar um médico adequado. Expliquei à Lua que havia um longo caminho a ser percorrido antes da cirurgia, ela precisava se acalmar, tudo era uma hipótese e tínhamos que fazer todos os testes, passar por avaliações médicas, exames, psicólogo, psiquiatra e, só então, seria avaliado se ela poderia ou não passar por esse tipo de cirurgia. Pedi para que ela se acalmasse pensasse na viagem que ia fazer, pesquisasse sobre o assunto conversasse com sua mãe e avô, apenas isso. Não ficasse imaginando coisas, pois nem sabíamos se ela tinha o perfil para fazer esse tipo de cirurgia e que deixasse para pensar na calça antiga depois da cirurgia. “Por enquanto, iríamos pensar só no agora para não causar estresse desnecessário”.

Lua respondeu: “você tem razão, eu fantasio muito, nem sei se vou poder fazer essa cirurgia, vou pensar na minha viagem e apenas pesquisar sobre o assunto, procurar um médico quando eu voltar... aí veremos as possibilidades. Eu preciso olhar minha vida de outra forma”.

“Que forma?”.

“Tenho vontade de sair, reencontrar os amigos, fazer novos, trabalhar, pois, fui eu mesma que me afastei de todos, achando que ia dar trabalho, então fui me distanciando e agora estou sozinha, mas tenho boas perspectivas em minha vida, sair de casa, desse quarto. Tenho medo, mas tenho vontade, só me falta coragem.

Agradeço muito por você estar aqui e por estar me ajudando neste momento tão difícil, hoje eu consigo refletir sobre minha vida. Obrigada”.

Neste momento Lua me abraçou, me beijou e agradeceu. Retribui o abraço e beijo e desejei boa viagem. Lembrei a eles que Lua e eu tínhamos apenas mais três encontros, mas depois que eles voltassem de viagem conversaríamos. Fui saindo e me despedindo da mãe e do avô. Eles disseram que Lua vinha mudando a cada dia e agradeceram a minha presença e o meu trabalho, que foi muito bom para eles também. Agradecei, me despedi e desejei boa viagem.

Mudar é um processo difícil para qualquer um - portador ou não de transtorno mental. Podemos perder noites de sono quando vislumbramos mudanças, ainda que sejam para melhor? O comodismo é confortável, por isso, apesar de Lua estar visando melhorar a própria vida, todo esse processo não é simples, ainda mais para ela que, com os transtornos que apresenta, potencializa o estresse. Cabe ao at trabalhar como moderador desses anseios e ansiedades (para que o indivíduo não se perca no percurso), organizando idéias, chamando para a realidade e incentivando o desejo dentro do possível e era isso que estava se procedendo.

Lua telefonou e disse que não se sentia bem, tivera várias crises de falta de ar e então iria ao médico para saber o que estava acontecendo, respondi para que ela me telefonasse assim que voltasse para casa, desligou rapidamente.

O avô me telefonou no dia seguinte e disse que Lua estava internada por problemas respiratórios, devido ao excesso de gordura e quando deitava a respiração diminuía até faltar ar, necessitando de equipamento respiratório. Então Lua ficaria internada por tempo indeterminado e as visitas poderiam ocorrer todos os dias das 10 às 22h. Combinei ir visitá-la no dia seguinte. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***moderar a impulsividade para não perder o foco.***

A via da cirurgia de estômago havia empolgado tanto a usuária a ponto de achar que havia encontrado aquela mágica com a qual sonhava para ter sua antiga vida de volta. O at agiu de forma a moderar esse deslumbramento, chamando a usuária de volta para o mundo onde aquela vida passada não tinha mais lugar, sem excluir a possibilidade da cirurgia que, se adequada, poderia ser benéfica.

DÉCIMO QUARTO ENCONTRO

Para entrar no hospital foi complicado, precisava de autorização da família e tive que aguardar um pouco. Quando cheguei ao quarto, Lua estava tomando uma injeção. Preferi ficar lá fora até a enfermeira sair.

A mãe comentou, “Aline, você chegou bem na hora da injeção!” e Lua disse “quanto tempo! eu estava com saudades”. Respondi que eu também estava e perguntei como havia sido a viagem.

O avô respondeu “tudo ótimo, lá tem um ar fresco e puro, o ambiente é bem tranqüilo, bom para descansar, sem contar a comida caseira, que maravilha!”. A mãe disse ter descansado e aproveitado a boa comida.

Lua relatou que foi bom, descansou bastante e comeu muito bem, elogiou as tias que sempre caprichavam no cardápio, “minhas tias e primas me encheram o saco para eu fazer um regime, pois estou muito gorda, falamos da cirurgia do estômago, elas acharam perfeito, me deram a maior força, minha mãe também, mas meu avô não é muito a favor, estamos convencendo ele a mudar de idéia. Hoje eu estou aqui por causa da gordura. Quando deito, me dá falta de ar e tenho que dormir sentada, comecei a sentir isso em Olímpia e piorou na viagem de volta, porque teve um acidente na pista e ficamos duas horas parados, fui me sentindo mal, falta de ar e tontura, tivemos que parar no acostamento entrei em pânico e meu avô e minha mãe desesperados. Aos poucos fui voltando ao normal, passei um apuro... achei que ia morrer, depois deste episódio minhas crises de falta de ar só aumentaram e vim parar no hospital. Já estou decidida. Vou fazer essa cirurgia do estômago. Será melhor, vou ficar bem de saúde, poderei usar meus tênis *All STAR*, minha calça *Saint Tropez*, terei meu corpo de volta, vou poder sair novamente, freqüentar os lugares que eu ia, fazer amigos e ter uma vida saudável. O que você acha?”.

“Lua, eu acho que essa cirurgia seria muito boa para sua saúde, mas você está criando muitas expectativas. Ainda não sabemos se você pode fazer, vamos com calma, não quero te desanimar, mas o processo desta cirurgia é muito complicado, vamos primeiro na palestra que tem no HC, vou ver o dia e o horário”.

Lua disse: “o médico, que faz este tipo de cirurgia, veio aqui hoje e me convidou também para uma palestra sobre obesidade e a cirurgia do estômago. Ele disse que seria muito importante para conhecer os procedimentos e tenho que, antes da cirurgia, emagrecer 15 quilos. Vou consultar com ele na semana que vem e

começarei uma dieta equilibrada, enquanto faço a dieta vou investigar tudo sobre a cirurgia. Também está na hora de tomar uma decisão, vamos nessa palestra comigo?”.

Então disse que deveria começar com uma coisa de cada vez. Primeiro a dieta e ir pensando sobre a cirurgia, perguntei a data da palestra e combinamos de nos encontrar no local.

Antes de ir embora, Lua disse que precisava falar comigo, mas não poderia ser no hospital, no próximo encontro ela falaria. Disse a ela que eu precisava falar algumas coisas sobre ir até a escola para cegos e que nossos encontros estavam terminando.

Lua disse que não conseguia pensar na escola agora, porque estava muito envolvida com o problema de saúde, mas pensaria com carinho, assim que se sentisse melhor e, em relação ao fim dos encontros, disse que precisava muito de mim naquele momento e perguntou se eu poderia continuar, respondi que a proposta era de dezesseis encontros e que agora eu partiria para uma nova etapa do meu trabalho que era a conclusão. Depois poderíamos dar continuidade, enquanto isso, ela ia cuidando da saúde para colocarmos em prática nossos planos, ir até a escola para cegos e o trabalho voluntário. Lua concordou.

Ela continuava entusiasmada com a idéia de recuperar aspectos de sua vida antiga e via na cirurgia a única saída. A palestra seria fundamental para trazê-la de volta ao concreto. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***cirurgia - obsessão a ser desmistificada.***

Nesse encontro, foi importante a presença do at, pois suas expectativas eram grandes e a frustração poderia ser maior, então foi enfatizado para ela, o tempo todo, que a cirurgia talvez não fosse adequada no seu caso. O at, aqui, emprestou o ego a ela para moderar aquele desejo, ponderando os possíveis efeitos negativos para os quais ela fechara os olhos.

DÉCIMO QUINTO ENCONTRO

Para chegar até o local foi difícil, me perdi, encontrei a mãe, o avô e Lua também perdidos, demoramos para encontrar o local, nos atrasamos 10 minutos para chegar, entramos rapidamente e já estava começando. Nos acomodamos e a primeira coisa que Lua disse foi “em uma semana perdi três quilos, estou muito feliz

e animada”, compartilhei da sua felicidade rapidamente, pois a palestra já estava começando.

Durante a palestra fizemos alguns comentários, mas nos atentamos a ela até o fim. Terminada a palestra, estávamos todos com aspecto assustado. O médico perguntou se alguém tinha alguma dúvida e deu-se início a uma série de perguntas da platéia. Uma das perguntas era de um portador de depressão, perguntou: “Se eu tenho depressão eu posso fazer esta cirurgia?”. Como eu já havia me identificado no começo, o médico pediu para que eu respondesse a questão, respondi para ela que seria adequado primeiro resolver o problema da depressão para depois fazer a cirurgia, o médico completou: “qualquer tipo de doença que o indivíduo, que queira fazer a cirurgia tiver, independente de físico ou mental, ele precisa estar bem para fazer este tipo de procedimento”.

Terminada a palestra fomos saindo e Lua disse “não vou fazer esta cirurgia, não é pelo procedimento, mas ficou bem claro o pós-cirúrgico, foi bem o que você disse para aquela senhora na discussão, se eu sou ansiosa vou querer comer outras coisas como leite condensado, sorvete, tomar cerveja... esses são alimentos que passam fácil pelo estômago e aí toda cirurgia se perde, então prefiro me controlar com uma dieta alimentar e tratar meus problemas psicológicos e transtornos mentais e, quem sabe, depois faço a cirurgia”.

Quando chegávamos perto do carro Lua disse que não iria desanimar, vai continuar a dieta “se não for com cirurgia será com a dieta, tenho certeza que sou capaz”, apoiamos a decisão de Lua e a incentivamos.

A mãe perguntou dos atendimentos, se eu ia poder continuar acompanhando Lua, respondi que tinha possibilidade, mas que no próximo encontro conversaríamos sobre o assunto.

Como eu sabia que não ia poder atender Lua nos próximos meses, na hora me ocorreu uma alternativa para enquanto eu não a atendesse. Então disse a eles: “o que vocês acham de participarem de um grupo de auto-ajuda? Seria para todos, para família e para Lua”, todos concordaram, perguntaram onde era, quando e quanto teriam que pagar, respondi que não tinham que pagar nada, que as reuniões aconteciam uma vez por semana à noite. Eles adoraram a idéia e combinamos de irmos juntos à próxima reunião do grupo, pois eu também participava.

Aconteceu como eu esperava. A palestra deixou claro para ela que a cirurgia de estômago não seria a mágica desejada para mudar sua vida. Tudo seria passo a

passo, com dedicação e sacrifício. Fui embora refletindo sobre como os encontros haviam surtido vários efeitos positivos e que a idéia do grupo de auto-ajuda poderia render bons frutos. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***não há mágica, mas dedicação e esforço.***

A proposta do at de conhecer melhor o processo da cirurgia, indo à palestra com Lua, foi fundamental para que ela tomasse consciência de que até mesmo aquele procedimento demandava vários sacrifícios e, acima de tudo, o fato de Lua não ser apta, devido aos transtornos que apresentava, mostrou-lhe quantos problemas ela tinha que enfrentar antes de qualquer coisa.

DÉCIMO SEXTO (ÚLTIMO) ENCONTRO

Lua me esperava na sala, toda sorridente e feliz porquê perdera quatro quilos em duas semanas. Comentei que era muito difícil perder tanto peso em tão pouco tempo. Ela disse: “eu fiz a dieta direitinho, tenho facilidade para perder peso e espero continuar assim, perdendo dois quilos toda semana”. Falei que no começo da dieta é mais fácil, a gente emagrece bastante e depois vai ficando mais difícil, mas tinha certeza de que ela conseguiria.

Perguntei: “o que você está comendo?”.

“Quase nada... muita fruta e salada, carne como de vez em quando. O resto eu cortei tudo”.

“Cuidado hein, Lua, tem que se alimentar corretamente”, ponderei.

Ela falou que estava tudo correto, havia ido a um endocrinologista que receitara um medicamento e a dieta. Perguntei sobre a idéia da cirurgia ao que ela respondeu, convicta, que não estava preparada, precisava resolver uma série de coisas primeiro, como os problemas psicológicos.

Comentei como fora bom o fato de termos ido à palestra, como isso nos esclareceu a respeito do assunto.

Lua disse que ultimamente andava tendo umas crises de “sair fora de si” e, depois, não se lembrava de nada, o avô e a mãe contavam o que aconteceria nesses momentos. Isso a deixara com medo, pois várias vezes a psiquiatra falara que ela era psicótica.

Perguntei se ela ouvia vozes ou via coisas. Ela disse escutar uma voz que dizia várias coisas, boas e ruins. Então, falei para ela prestar atenção à frequência

com que isso acontecia para informar à psiquiatra, pois era importante criar um vínculo com a médica, se abrir, contar sempre a verdade, sem omissões para conseguir progresso no tratamento. Reafirmei a importância de participar dos programas do CAPS. Seria importante dar seguimento aos encontros no grupo de auto-ajuda (AAPSI), pois, no dia anterior, eu havia acompanhado Lua e a família até a reunião para mostrar como funcionava. Não fiquei com ela na reunião e queria saber o que tinha achado. Lua havia gostado, achou o pessoal receptivo fez várias amizades e realmente pretendia continuar indo aos encontros. A mãe e o avô, que ficaram comigo na outra sala - onde acontece a reunião dos familiares – se soltaram, falaram bastante sobre os problemas da casa, com Lua, e foram muito bem acolhidos pelos outros participantes. Saíram elogiando e dizendo que voltariam todas as semanas.

Como se tratava do nosso último encontro, relacionado a este trabalho, quis saber o que ela tinha achado dos encontros, se havia sido positivo, se notara progressos. Lua concordou que muito havia mudado em relação ao seu comportamento, no trato com outras pessoas, que estava muito animada para mudar, seguir a dieta e que isso, para ela, que antes só queria ficar deitada na cama, fechada naquele quarto, comendo e dormindo, já era um enorme progresso.

Concordei, compartilhei da alegria dela e falei também de outros aspectos relevantes desse período de convivência: o despertar para as coisas que gostava e não se perderam, como escutar música, ouvir poesia; a superação da dificuldade para sair do quarto e, a partir daí, olhar a vida à volta com outros olhos; a conquista de sair de casa para um simples programa de lazer como comer um espetinho no barzinho, enfrentando os próprios preconceitos em relação à sua condição; descobrir que enfrentar a bruxa que há dentro de si não é muito mais difícil do que perder o medo da bruxa das histórias da infância; tomar consciência de que nada na vida vem facilmente, mas é fruto de uma luta, passo a passo, e é isso que torna a vitória saborosa, como perder quatro quilos em duas semanas. E o mais importante: que essa luta não se trata de reaver a vida passada, mas de descobrir os valores da vida presente, resgatando alguns prazeres passados e revelando novos. Uma luta sem fim na qual haverá mais coisas boas como essas e muitos momentos difíceis que virão. Por isso, a importância de dar seguimento ao tratamento, continuar indo às reuniões do grupo de auto-ajuda, participar dos programas do CAPS, confiar na equipe de profissionais. Enfim, se engajar e ser feliz.

Então nos despedimos todos com o intuito de nos revermos em breve e melhores, para até, quem sabe, retomarmos nossos encontros. A frase representativa do encontro foi a seguinte: ***continuidade e perseverança***.

A letra da música, de autoria de Enio José, da banda Palhas e Pulhas, de Ribeirão Preto, expressa o sentimento da necessidade de um eterno enfrentamento com o qual temos que lidar em nossas vidas a partir de situações marcantes:

“Seguir, enfrente”
Deixou de lado a falação
E se armou pra ganhar a vida.
Endereçou as energias pra curar as próprias feridas
Abertas por obra do ódio e da falta de visão
De quem fecha os olhos à realidade
E não se vê no chão.
E vai voar,
E vai viver.
Sem se importar
Com o que irão dizer
Do seu valor,
Da sua razão,
Do seu amor.
Enganou-se quem disse: “um dia...”.
Não passa não, viu?
Ela fica aí.
Mas quem aprende a conviver com a dor,
Goza cada gota de alegria.

**6 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS - ABERTURA AO
DIÁLOGO SOBRE A PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO**

O quadro abaixo mostra as dezesseis frases representativas dos dezesseis encontros de AT realizados.

Quadro demonstrativo dos encontros de AT

ENCONTROS	FRASES
PRIMEIRO	O contrato visando uma melhora na qualidade de vida
SEGUNDO	O at reavivando um sentimento de prazer
TERCEIRO	Não sabia se tinha três ou trinta e um anos
QUARTO	Assumindo a visão de si mesma. Querer mudar
QUINTO	Reflexões e vontades em direção ao real
SEXTO	Mudar implica superação
SÉTIMO	A emoção como combustível para a razão
OITAVO	Colhendo alguns frutos
NONO	Segredos do passado e não aceitação do presente
DÉCIMO	É muito difícil reaprender, mas vou pensar com carinho
DÉCIMO PRIMEIRO	Ansiedade, ócio e comida
DÉCIMO SEGUNDO	Mais realidade é igual a mais mudança
DÉCIMO TERCEIRO	Moderar a impulsividade para não perder o foco
DÉCIMO QUARTO	Cirurgia obsessão a ser desmistificada
DÉCIMO QUINTO	Não há mágica, mas dedicação e esforço
DÉCIMO SEXTO	Continuidade e perseverança

As frases representativas de cada um dos encontros de AT realizados são consideradas significativas, pois exprimem o conteúdo de cada um dos referidos encontros. Houve cuidado dispensado na elaboração das mesmas. As sínteses dos encontros, além de serem examinadas por dois examinadores com experiência na Área da Saúde Mental, foram examinadas também por um terceiro, leigo no tema, na busca da fidelidade da síntese final.

As frases, de certa forma, se aproximam das categorias, tão importantes na análise de conteúdo proposta por Minayo (2004) e muito pertinentes ao estudo em questão. Examinando o grupo das frases, é possível perceber grande coerência entre elas, já partindo da primeira, onde é estabelecido um contrato, que é

imprescindível não somente para o atendimento através do AT, mas em qualquer outra modalidade de assistência psiquiátrica.

A presença do at trouxe possibilidades de resgate a diversas rotinas da vida de Lua e, como consequência, o aparecimento do sentimento de prazer. O prazer frente às possibilidades de fazer coisas, de se ocupar. Vem seqüencialmente um quadro aparentemente confuso, ou mesmo dissociado, mas lógico, dentro do contexto, pois um retorno a uma idade pueril, ingênua, tem extrema relação com a felicidade, vivida em idades iniciais da vida, infantil.

Há visão, posteriormente, voltada para si, projeção interna, e logo vem o pensamento de mudança. Há o contato com a realidade, inclusive uma crítica, pois a mudança não se constitui de algo fácil de ser realizado, trata-se de alguma coisa que demanda de longo tempo, intensa busca com o envolvimento de estruturas internas muito enraizadas através do tempo e que, para serem trabalhadas, precisam, antes, estarem expostas a todo o processo de trabalho que se oferece para isso, no caso, o AT.

Lua esteve exposta ao AT, com suas dificuldades, facilidades e disposições. Apresentou todo o seu lado emotivo e depositou grande confiança no at, o que pode ser considerado ponto importantíssimo no presente estudo, onde o cliente deposita total confiança no terapeuta. É também fundamental destacar o momento em que isso ocorreu, exatamente na metade do tempo proposto para o seu atendimento, através do AT, o que leva ao entendimento de que Lua queria continuar a ser assistida pela at e, provavelmente, se expor mais, na busca de nova forma para conviver com a sua nova realidade.

Isso de certa forma foi revelado por Lua no momento em que ela, na sua reflexão, expressou a dificuldade em reaprender, mas que a possibilidade estava em seu pensamento. A presença da ansiedade e, com isso, a busca de alimentação bem acima da sua necessidade, reflete o seu momento provavelmente de luta e fuga, pois, viver uma realidade, que nesse momento não era a dela, implicava em mais adequações, incluindo que não havia algo mágico salvador, mas sim um esforço seu para alcançar o objetivo de viver melhor, e a importância de continuar.

E, assim, Lua viveu por período de quatro meses esse processo de AT, que se tratou de período relativamente curto para tão esperada mudança. É necessário destacar que não se tem como prever qual o tempo que ela pode ocorrer, pois não se tratava apenas de sua situação pós-acidente, mas de situação de vida,

observando que sua personalidade não foi constituída a partir da sua nova situação, mas sim, desde o início da sua existência.

Então, a at, certamente, teve importância ímpar nesse momento da vida de Lua, pois se pode imaginar que ela, vivendo todo um processo de luta e fuga, estava lutando ou fugindo não apenas para se manter ou abandonar as atividades do AT, mas sim em todos os aspectos, incluindo a vida.

Mostrar a contribuição do AT no processo de assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental se constituiu no objetivo do presente estudo. Por tudo o que foi descrito, fica claro o grande valor dessa modalidade terapêutica, inserida totalmente no contexto da Reforma Psiquiátrica, onde há a previsão de associações de modalidades terapêuticas na grande busca do real controle dos sintomas das psicopatologias e também da reintegração dos portadores de transtornos mentais na sociedade.

O AT mostrou contribuição altamente positiva, tanto na assistência, termo esse que, como entendido aqui, muito se assemelha a atendimento, quanto na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, que pode ser observado nos seguintes aspectos: resgate de sua auto-estima, retomada da realização de atividades que fazia anteriormente ao início dos sintomas de seu transtorno mental, motivação para novamente buscar o lazer e conviver de forma mais saudável no seu meio familiar e social, criação de momentos de confronto de seu estado mental com a realidade, possibilitando modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida.

A profissional at teve participação significativa junto à equipe multiprofissional do CAPS. O contato com a equipe possibilitou partilhar das mudanças que ocorreram com a usuária e rever o plano terapêutico pela crença conjunta de que a prática do AT seria muito importante para a melhora de Lua, pois, uma pessoa com contato mais próximo, não só da usuária, mas também de seus familiares, possibilitaria abertura maior tanto para a reabilitação psicossocial quanto para a inserção dessa no programa terapêutico proposto pela equipe. A equipe, sempre participativa, sugeriu idéias e apoiou várias decisões tomadas pela at.

Palombini (2004) descreve a importância do at para a equipe.

O acompanhante terapêutico se faz conhecedor também das rotinas, das situações vividas, das cenas em família e do social, às vezes cruciais para o entendimento do que se passa com aquele determinado sujeito(...) (...)

essa outra visão, o conjunto de informações novas que o acompanhante traz, como um mensageiro, para dentro da instituição, exige da equipe reposicionar-se em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando novas formas inusitadas de ação (p.86).

Assim sendo, foi possível considerar que o AT constitui-se em mais uma modalidade terapêutica a contribuir para a assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental e pode ser incluído nos planos terapêuticos dos serviços de assistência à saúde mental, pois se trata de modalidade terapêutica não tradicional, totalmente inserida no contexto da reforma psiquiátrica e que tem como princípio básico a mudança no foco da assistência aos portadores de transtornos mentais: do tratamento da doença centrada no medicamento, para se ver e tratar o sujeito em sofrimento psíquico, que tem repercussão em suas dificuldades psicossociais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a condição da usuária, e partindo do princípio de que o elemento central do portador de depressão é humor triste, entretanto, caracterizando-se por multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, volição e psicomotricidade (DALGALARRONDO, 2000) era o quadro, dentre os outros, que a usuária apresentava e, ainda, juntando com os sintomas de tristeza, melancolia, angústia; alterações da esfera instintiva e neurovegetativa: cansaço, desânimo, aumento do apetite e anedonia (incapacidade de sentir prazer ou divertir-se); alterações ideativas: visão de mundo marcada pelo tédio, idéias de morte; alterações cognitivas: dificuldade de tomar decisões; alteração de autoavaliação: sentimento de insuficiência, de incapacidade; alteração da volição e psicomotricidade: tendência a permanecer na cama por todo o dia, diminuição da fala e redução da voz (DSM-IV, 2000), pode-se facilmente entender que se tratava de quadro extremamente grave e que necessitava de intervenções que estavam além do uso apenas do psicofármaco, ou de uma modalidade terapêutica única, pois, o medicamento já havia mostrado certo controle dos sintomas, mas Lua não conseguia interação com o seu meio familiar e social. Pode-se dizer que o seu quadro estava estacionado, sem evolução.

O AT, com a abordagem não tradicional de aproximação entre acompanhante e acompanhado, através da forma de construção do vínculo, criou novas possibilidades terapêuticas, frutos dessa vivência próxima, a partir de situações cotidianas, que proporcionou resultados positivos quanto à regressão do quadro, ou à evolução positiva do mesmo, levando, em diferentes níveis, à mudança de comportamento, melhoria da qualidade de vida, reabilitação psicossocial, melhoria nas relações familiares, tanto no sentido de reorganização da estrutura familiar, quanto no estímulo a maior envolvimento dessa no alcance dos resultados.

E, neste trabalho, os resultados dos encontros de AT foram grandemente compartilhados com a realização do trabalho, em conjunto, de toda equipe do CAPS.

Sendo assim, o presente estudo, pela exposição dos encontros analisados, cumpre sua função de atentar para a importância da prática do AT no processo de assistência e reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental, notoriamente neste momento histórico de reavaliação metodológica desse processo, decorrente dos questionamentos feitos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

A prática do AT e seus resultados são mais um elemento a corroborar a mudança no foco do tratamento de portadores de transtornos mentais, renunciando o fim de um tempo, o fim do manicômio como prisão, o fim do uso cômodo dos medicamentos e do confinamento. Urge que se lance mão dessas formas não tradicionais de assistência aos portadores de transtornos mentais, reconhecendo seu valor. A mudança conseqüente só se concretizará se se mantiver em vista a máxima do tratamento humano inclusivo, perene e de excelência.

É importante, no entanto, atentar-se para o perigo de corrupção dessa mudança, pois as novas instituições surgidas, com o intuito de ressocializar os portadores de transtornos mentais de acordo com esses paradigmas mais humanos, como CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Lares Abrigados e Residências Terapêuticas, necessitam de apoio e incentivo que tornem possível tal transformação. Já são notados indícios de sucateamento nesses espaços, o que pode, se não tomadas providências cabíveis, degenerá-los à condição de novos “depósitos de loucos”, ou à grande reprodução do antigo hospital psiquiátrico tradicional.

A prática do AT deve ser incentivada e patrocinada, pois o contato humano é a via da transformação.

O caso aqui apresentado é testemunho de como tal contato é impactante. Em momentos conflituosos a presença fraterna consciente e cheia de significação do at influenciou fortemente no processo de transformação dessa nova pessoa. Solucionar, superar problemas, às vezes aparentemente tão simples, se tornavam desafios extremos para a acompanhada e só outra presença humana preparada seria capaz de ajudá-la a desatar alguns de seus nós.

Importante destacar o fato de que o AT deve persistir pelo tempo necessário até que o portador de transtorno mental readquira sua autonomia, obtendo sua alta nesse atendimento. No presente estudo, foram utilizados dezesseis encontros de AT, considerados suficientes para os propósitos de um estudo e isso se mostrou adequado, visto que os conteúdos dos encontros apontaram para a contribuição positiva do AT desde o seu início.

Destaca-se, ainda, que, no caso de Lua, frente à sua complexidade, seria necessário a utilização do AT durante período bem maior de tempo, ou seja, atendimento através dessa modalidade terapêutica por longo prazo, incluindo avaliações periódicas.

Deve haver atenção especial nas ações dessa modalidade terapêutica (AT) para que não se transforme em mais uma forma de escapismo. Para tanto, é fundamental que o profissional (at) seja fruto de sólida qualificação e da seriedade. Importante que o at não tome decisões pelo usuário ao qual presta a assistência, a não ser em situações-limite, mas que seja um estímulo norteador nas resoluções dos conflitos vividos por esse usuário, fomentando o resgate de sua autonomia e cidadania.

Para finalizar, apropriando-se das idéias de Freire (1987), aplicando-as no universo da Saúde Mental, dizendo que o profissional dessa área não deve temer enfrentar, ouvir, não deve temer o desvelamento do mundo. Não deve temer o encontro com o próximo, o diálogo com ele, de que resulta o crescente saber de ambos. Não deve se sentir o dono do tempo, nem dono dos homens, nem libertador dos oprimidos, pois com eles deve se comprometer, dentro do tempo, para com eles lutar. O que me toca é o que me transforma.

REFERÊNCIAS

A CASA, EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA (Org.). **A Rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

A CASA, EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA (Org.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Educ, 1997.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARAÚJO, F. **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico**: dos especialismos à política da amizade. Rio de Janeiro: Niterói, 2006.

AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico. **Revista Infante: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, São Paulo, v.4, n.2, p.37-40, 1996.

BACHRACH, L.L. Psychosocial rehabilitation and psichiatry in the care of long - term patients. **The American Journal of Psichiatry**, v.149, n.11, p.20-26, 1992.

BARRETO, K.D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. 2. ed. São Paulo: Unimarco, 2000.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Grall, 1985.

BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-158.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Tradução Emília de Oliveira Deehl. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOCK, A.M.B. et al. **Psicologias**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

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

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DELGADO, P. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3657, de 1989**. Brasília: 1989. (Mimeo).

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DUARTE JR, J.F. **A Política da loucura**. Campinas: Papyrus, 1987.

DSM-IV-TR. **American Psychiatric Association**: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Tradução Claudia Dornelles. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2000.

FARINHA, M.G. **Acompanhamento terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade**: estudo em um programa de saúde da família. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERNÁNDEZ, A. **A Inteligência Aprisionada**. Tradução Iara Rodrigues. Porto Alegre: Artmed, 1991.

FIORATI, R.C. **Acompanhamento terapêutico**: uma estratégia terapêutica numa unidade de internação para pacientes psicóticos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FONSECA, F.J.S. **Psicodrama da loucura**. 3. ed. São Paulo: Agora, 1980.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 1967.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREUD, S. **Estudo sobre a histeria**. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

LERNER, B.D. Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el acompañamiento terapéutico. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, v.30, p.21-8, 1984.

MACHADO, R. **A Danação da Norma**: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Grall, 1978.

MAUER, S.K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**: manual introdutório a uma estratégia clínica. Tradução Waldemar Paulo Rosa. Campinas: Papyrus, 1987.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia da psiquiatria popular. Tradução Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

MORENO, J.L. **Psicodrama**. Buenos Aires: Hormé, 1961.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-340, 2003.

PALOMBINI, A.L. et al. Acompanhamento terapêutico na rede pública : a clínica em movimento. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. Tradução Eliane Toscano Zamikhowsky. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PISZEZMAN, M.L.R.M. **Terapia familiar breve**: uma nova abordagem terapêutica em instituições. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

PITIÁ, A.C.A. **O enfermeiro e seu cotidiano**: cenas de um manicômio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PITIÁ, A.C.A.; SANTOS, M.A. **Acompanhamento Terapêutico**: a construção de uma estratégia clínica. São Paulo: Vetor editora, 2005.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre o Acompanhamento terapêutico. In: A CASA, EQUIPES DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA (Org.). **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p.23-30.

PRIMO, N.C. **A equipe de saúde do hospital psiquiátrico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Estado de São Paulo. **Programa de Saúde Mental**, 1993.

RIBEIRO, P. **Saúde mental**: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU, 1996.

RIOS, T.A. **Compreender e ensinar**: por uma docência da melhor qualidade. São Paulo: Cortez, 2001.

ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. Tradução Manuel Jose do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANTOS, S.A. **Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial**: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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

SILVA, V.A. **A História da Loucura**: em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1979.

SZASZ, T.S. **Ideologia e doença mental, ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

TEIXEIRA, A.P.; DENAME, D.; BALDUINO, R.C. O Acompanhamento Terapêutico e um enfoque humanista das relações familiares. In: **Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital dia "A Casa"**. A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta, 1991, p.167-173.

WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.2, n.13, p.29-35, 1992.

WINNICOTT, D.W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do Setting Psicanalítico. In: **Textos selecionados**: da pediatria a psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993. p.459-481.

ZILBOORG, G. **História de la Psicologia médica**. Buenos Aires: Libreria Hachette, 1945.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador de Cédula de Identidade R.G. nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada: “Contribuições do acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental”, que tem o objetivo de investigar os benefícios do acompanhamento terapêutico no tratamento e reabilitação de portadores de transtornos mentais e compreender melhor o sentido da existência a partir de sua ressocialização e reabilitação. Para isso, são propostas 16 sessões de acompanhamento terapêutico, uma vez por semana, o que se traduzirá em um tempo de assistência de 4 meses. As sessões serão desenvolvidas em praças, bosque, feira de artesanato, centro da cidade (calçadão), parque da cidade, shopping, restaurantes, cinemas, dentro da própria residência ou até mesmo o CAPS. Estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados, que são:

- 1 A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido; a garantia também de não ter gastos com a referida pesquisa.
- 2 A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação dos procedimentos a que eu estou sendo submetido.
- 3 A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
- 4 O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando da pesquisa.
- 5 O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de participação no projeto, bem como será garantida a continuidade dos cuidados a que tenho direito após a conclusão dos trabalhos de pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em periódicos científicos, e declaro livremente minha vontade de participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do usuário do CAPS participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Psicóloga-Aline Cristina Dadalte Carniel – telefone: (16)36182341 Rua Marisa, 535, ap. 04 – CEP – 14091-150 - Ribeirão Preto, SP, e-mail: alinedadalte@ig.com.br.

Prof^o. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 6023418 EERP-USP - Campus USP - Av. Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP, e-mail: lujope@eerp.usp.br.

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 097/2006

Ribeirão Preto, 26 de junho de 2006

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 87ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de junho de 2006.

Protocolo: nº 0652/2006

Projeto: CONTRIBUIÇÕES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão (Orientador)
Aline Cristina Dadalte Carniel (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP