

Do Amigo Qualificado ao Acompanhante Terapêutico

Paula Ayub*

Compor a história, retomar fatos originais não é tarefa fácil, principalmente quando estamos tratando de um tema que possui uma trajetória tão singular. A literatura trata muito pouco do Acompanhamento Terapêutico e, menos ainda, de suas raízes. Toda a bibliografia relata, ou, melhor dizendo, cita alguns expoentes desta nova prática de atuação, porém não une fatores que possam ser decisivos na construção do papel.

Tentarei, com este trabalho, unir estas raízes e, como se trata de um caminho entrecortado pela própria literatura, algumas tentativas desta união serão de minha autoria.

Os dados históricos ocorreram contemporaneamente, talvez ligados pela idéia da época; no entanto, não necessariamente dirigiam-se para o mesmo objetivo.

O ponto comum da história como um todo retrata a luta da sociedade e aquele a quem chamamos de opositor. Este "opositor" é, naturalmente, aquele que revela o lado da sociedade que todos tentam ocultar e temem por revelar.

"E Aarão, colocando suas mãos sobre a cabeça do bode vivo, lançará sobre ele todas as iniqüidades dos filhos de Israel, e todos os seus crimes, segundo todos os seus pecados, e os colocará sobre a cabeça do bode, e o mandará levar ao deserto. O bode levará portanto consigo todas as iniqüidades dos filhos de Israel para uma terra desabitada, e o Homem soltará o bode no deserto." (Levítico, XVI, 21-22, in Jaccard, 1981)

Como retrata este trecho sagrado, o bode foi o animal designado para afastar o mal do homem e, afastando-se, leva consigo os pecados humanos, libertando a humanidade de suas culpas.

Aparentemente, mesmo tendo o homem pecado no Paraíso, a humanidade não convive com seus crimes. Seja numa tentativa de resgatar o "mal original", seja na impossibilidade de encarar suas imperfeições, o homem exclui o obscuro.

A expressão "bode expiatório" vem do grego "pharmakós":

"O 'pharmakós' era qualquer coisa semelhante à esponja com que se limpa uma mesa e que, quando está totalmente impregnada das impurezas que absorve, é destruída para que, com ela, sejam destruídas as impurezas que contém. É posta fora, é queimada, é lançada ao mar." (Murray, in Jaccard, 1981)

Em nossa língua, "fármaco" é o que livra o homem da doença.

De acordo com Thomas Szasz (1975), na Idade da Fé, feiticeiras foram "criadas" para provar a existência de Deus pelo seu opositor, o demônio. Assim,

RESUMO

A autora apresenta, em levantamento histórico, a origem do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, as transformações do papel através dos anos e define alguns critérios de atuação.

UNITEMOS

Terapêutica.

* Psicóloga, especializada em Psicologia Clínica, Diretora do Centro de Convivência Movimento e Acompanhante Domiciliar.

na Idade da Razão, a existência da mesma era comprovada pela insensatez da loucura. A Igreja, através da Inquisição, e a Psiquiatria eram o símbolo do "Bem contra o Mal", e a fogueira e o hospício, respectivamente, indicavam o caminho da purificação e da salvação.

Com o surgimento das idéias do movimento da Antipsiquiatria, nas décadas de 50 e 60, o conceito de doença mental sofre uma modificação. Há, neste período, um relativo avanço nos estudos e tratamentos dos até

	Idade da Fé	Idade da Razão
Opositor	A feiticeira	O louco
Meios para vencer	Inquisição	Psiquiatria
Vitória	A fogueira	O hospício

QUADRO I

A luta do "Bem contra o mal" e suas formas de vencê-la.

então chamados psicóticos e esquizofrênicos. Há, neste período, uma tentativa de mudança dos dogmas de exclusão, isolamento e dor das doenças mentais.

O movimento com maior expressão na Europa, através de Franco Basaglia, na Itália e Ronald Laing, na Inglaterra, preconizava a re-integração dos doentes mentais, ainda nos hospícios, à sociedade. Os integrantes deste movimento valorizavam a vivência da experiência da "loucura", e julgavam o "louco" como um produto de seu ambiente sócio-familiar. Neste momento da história, a culpa pelo "crime" foi dividida entre seus semelhantes.

Na tentativa de uma maior compreensão daquele que se encontrava atrás dos muros dos hospitais, surge o primeiro modelo de atuação do atual Acompanhamento Terapêutico.

Seguindo os moldes das Comunidades Terapêuticas européias, a Clínica Vila Pinheiros, do Rio de Janeiro, em meados de 60, utilizou-se de um agente terapêutico, intitulado Auxiliar Psiquiátrico, na aproximação do doente em internação. Este agente era o intermediário entre a equipe clínica e o paciente. O trabalho era realizado por estudantes de enfermagem, medicina e psicologia, assistindo o paciente psicótico 24 horas por dia. Tinham como função medicar, entreter, conter etc. (Ibrahim, 1991).

A possível precursora deste tipo de trabalho foi a Dr^a Carmen Dametto, da Clínica Pinel, na Argentina. No entanto, descrito em 1984, Sechehay, psicanalista suíça, treinou, em 1937, uma enfermeira para cuidar de uma paciente esquizofrênica, sendo este, talvez, o primeiro trabalho de Acompanhamento Terapêutico da História (Antonucci, 1994).

Dado o naufrágio do movimento da Antipsiquiatria, em função da não-praticidade da efetivação de suas idéias e de uma estrutura social não continente para tão grande transformação, voltam aos hospitais gerais os pacientes e fecham-se as clínicas de iniciativa privada.

O auxiliar psiquiátrico, no entanto, ainda submerso nos ideais da Antipsiquiatria e disponível no mercado,



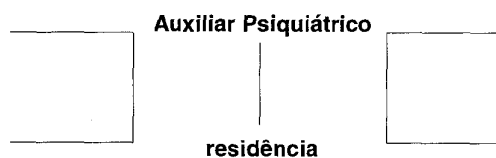
QUADRO II

O Auxiliar Psiquiátrico, resguardado pela Instituição e suas regras, desenvolve seu trabalho junto ao paciente psicótico. A relação afetiva permeava suas funções de AP.

inicia um trabalho no lar do paciente psicótico. Neste período, dá-se a primeira transformação do trabalho do auxiliar, passando por um acompanhamento domiciliar, representando, ele próprio, as regras institucionais.

Seja por falta de formação adequada, seja pela originalidade da experiência, ou ainda por interpretações indevidas das idéias do movimento anterior, o auxiliar psiquiátrico não se deu conta de que seu espaço de atuação havia se modificado e que, portanto, seu papel necessitava de mudanças.

Aparentemente, o que ocorreu não foi assim. O auxiliar chega à residência do paciente psicótico levando consigo a proteção que era própria do local em que atuava anteriormente. Nas clínicas, as regras



QUADRO III

O AP na residência do paciente perde a proteção da Instituição, tendo ele próprio de construir as regras de possibilitem um trabalho.

institucionais possibilitavam uma ordem que a pessoa física do auxiliar não conseguiria repetir.

Diante da fragilidade e da vulnerabilidade de sua situação, em função da mudança do local de trabalho, o auxiliar psiquiátrico abandona a utilização do tripé: Contenção - Proteção - Vigilância por interpretar, erroneamente, que tal função fazia parte de uma ideologia de repressão da “loucura”.

Ainda assim, o auxiliar atuava como um “olho” da equipe clínica responsável pelo paciente, ele continuava como agente intermediário do médico e do “louco”.

Antes de adentrarmos para os estudos que envolviam as famílias, vale a pena tentar esgotar os vieses de interpretação das idéias do movimento da Antipsiquiatria.

Seguindo pela vertente inglesa deste movimento, o caminho de chegada à loucura - psicose era o encontro do “eu perdido” através da própria doença. Este processo, descrito em *Viagem através da loucura*, de Joseph Berke e Mary Barnes (1983), demandava condições muito especiais dos técnicos, pois a psicose era vivenciada “livremente” pelos pacientes. A visão de “liberdade” que envolvia a época estava sempre interligada a uma doença ou tipo de droga; reconhecia-se uma à outra.

Vale a pena ressaltar que as experiências vivenciadas pelos pacientes que percorreram esta viagem não eram de todo uma experiência de liberdade, foram sempre situações vivenciadas em função da demanda de suas próprias doenças. Compulsões, obsessões, alucinações, delírios, distanciamento da realidade, perdas das habilidades básicas de independência não são sinônimos de liberdade, mas de prisão de um “eu” adoecido e que, com certeza, necessita de referenciais concretos que diferenciem o real da fantasia.

Retornando para a evolução histórica dos fatos, a psicose deixou os hospitais, fixando residência nos lares, isto para aqueles pacientes que possuíam um lar e que, após o movimento anti-hospitais, saíram das clínicas particulares e não seguiram para internações nos hospitais psiquiátricos. Toda a equipe de saúde seguiu seus rastros e invadiu o núcleo familiar como foco central de seus estudos.

Já há algumas décadas, 40 e 50, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, a família, como núcleo receptor de mudanças sócio-culturais, tornou-se foco de observação de terapeutas.

John Howells (1963), R. Laing (1960), entre outros, observam, estudam e afirmam as hipóteses de inter-relação família e doença. Isto significa que o paciente é o elemento que apresenta o problema dentro de uma estrutura doente.

Segundo Gomes (1987), “as pessoas não adoecem; são os vínculos afetivos, o elo entre o ‘eu’ e o ‘tu’, a ligação dos elementos familiares que se tornam enfermos”.

Qualquer intervenção que enfoque menos o indivíduo e mais o sistema familiar é denominada de Terapia Familiar (Olson, 1970).

Uma terapia familiar estruturalista se define por “olhar” a estrutura familiar tal qual ela se apresenta: percebendo os padrões de interação, indagando que papel o sintoma desempenha na manutenção do sistema e reestruturando o sistema. Salvador Minuchin é a principal referência deste tipo de terapia familiar.

Gregory Bateson, principal expoente das terapias estratégicas - Terapia Breve de Enfoque de Problemas, Modelo de Milão, e Terapia de Solução de Problema - orienta o tratamento para o sintoma, visando seu alívio através de estratégias que geram novas maneiras de agir (Sprovieri, 1994).

Em linhas gerais, estas são as principais idéias que regem o trabalho de Terapia Familiar. Onde se encaixa o Acompanhante Terapêutico? No primeiro momento dos estudos, a família se tornou o foco gerador de doenças e, estando o auxiliar psiquiátrico na residência do paciente psicótico, as primeiras tentativas de organização de seu papel se deram baseadas no grupo familiar como promotor da doença. Os primeiros passos do Acompanhante Terapêutico junto ao paciente foram: diluir a gravidade da doença entre os membros da família e propor uma atuação ao paciente que, de certa forma, dirigia-se contrariamente ao modo de funcionamento familiar. Num primeiro momento, estas atuações são pertinentes. No entanto, estudos futuros apontaram para estruturas familiares parecidas com as de estruturação psicóticas e que funcionavam normalmente.

Pouco antes dos “estudos futuros”, o Acompanhante Terapêutico já ocupava um lugar definido dentro da equipe de saúde. Era um membro que não mais agia segundo orientações médicas e exercia uma função terapêutica.

A seqüência temporal dos nomes utilizados pelo atual AT não foi possível descobrir, nem tampouco suas funções, segundo suas denominações:

- Auxiliar Psiquiátrico
- Rent-a-friend
- Pathfinder
- Social Worker
- Field worker
- Amigo Calificado (Argentina)
- Acompanhante Calificado
- Acompanhante Terapêutico

Nesta primeira fase dos estudos sobre a família, implicitamente houve uma tentativa de buscar a causa das doenças mentais, enfocando tipos esquizofrenizantes de famílias, entre outras. Esta tentativa ocupou um lugar importante no progresso da ciência, principalmente no que diz respeito ao cuidado nas idéias unilaterais.

Estudos sobre a drogadição, de Eduardo Kalina e Santiago Korin (1985), na Argentina, apontam para a

adição como sintoma do sistema familiar. A adição, segundo os autores, designa o apego de alguém a alguma coisa e adicto é sinônimo de leal e constante; ou seja, o drogadicto é alguém que apresenta um apego leal e constante à droga. Ainda de acordo com estes estudos, tal apego se dá, principalmente, pelo tipo de relação que o bebê estabelece com sua mãe e em função dos papéis ocupados pelos membros da família. Ainda, as classes de família simbióticas e sismáticas (este último tipo impossibilita relações com mais de um membro do grupo por vez) são predominantemente de onde provêm os adolescentes drogadictos.

Mesmo com Kalina e Korin (1985) tendo mantido a hipótese da inter-relação família e doença, a proposta de atuação do AT passa por um caminho diferente, desta vez tendendo à união indivíduo-doença e intervindo terapêuticamente com contenção-proteção-vigilância.

Talvez em função de a doença ser um agente externo – a droga, porém, com implicações internas – o papel do AT (aqui ainda chamado de Amigo Calificado) pode ser delimitado mais concretamente e, por sua vez, com uma ação mais direta no sujeito.

Com o passar do tempo, a qualificação de Amigo apontava para um trabalho “amistoso”, assistencial e que não delimitava, principalmente, a relação assimétrica existente entre o terapeuta e o paciente.

Já na década de 80, encontros e seminários acerca do trabalho de Acompanhamento Terapêutico definem questões práticas deste “novo” tipo de profissão, entre as quais, honorários, perspectiva tempo-espacial e habilidades pessoais para estabelecer um bom vínculo.

Atualmente, o Acompanhante Terapêutico não deve ser entendido como um trabalho exclusivo de atendimento ao paciente psicótico, podendo realizar trabalhos de integração social com indivíduos porta-

dores de deficiências, síndromes e distúrbios do desenvolvimento.

O trabalho pode ser realizado na residência do paciente, reorganizando seu espaço, interesses e as relações afetivo-familiares. Ou ainda, na rua, trabalhando o comportamento, a representação das regras sociais, interesses mais amplos e, até mesmo, o lazer simplesmente.

Os programas devem ser desenvolvidos diferentemente para cada paciente e sua família, levando-se em conta o motivo do pedido de acompanhamento, o diagnóstico do paciente e sua situação dentro do quadro familiar. A carga horária de trabalho deve estar de acordo com as necessidades do paciente e suas possibilidades em superá-las.

Quanto às habilidades pessoais do acompanhante, espera-se uma formação dentro da área de Saúde Mental, um trabalho pessoal de psicoterapia e supervisão, para que, assim, possa ser construído um vínculo estável, sadio e destituído de conteúdos do terapeuta na relação com o paciente.

ABSTRACT

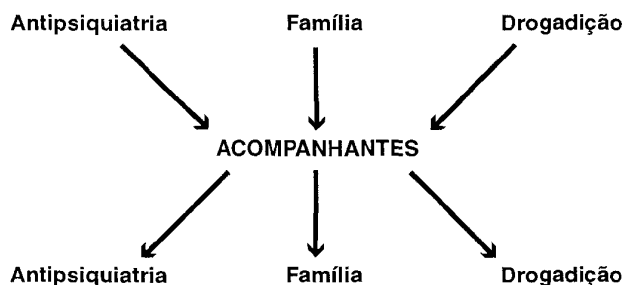
The author presents in a historical survey, the source of the Therapeutic Accompaniment work, the rule changings through the years and describes some of the performance criterions.

KEY WORDS

Therapeutic.

Referências Bibliográficas

1. ANTONUCCI, R. - Terapias ressocializantes: o Acompanhamento Terapêutico. In: ASSUMPÇÃO Jr., F.B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. 1ª edição, São Paulo, Santos e Maltese, 1994.
2. BARNES, M & BERKE, J. - **Viagem através da loucura**. 2ª edição, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
3. EGGERS, J.C. - O acompanhamento terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. *Rev. Psiq.*, 7(1):5-10, 1985.
4. ELKATM, M. - **Formações e práticas em terapia familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
5. IBRAHIM, C. - Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA “A CASA” - **A rua como espaço clínico. Acompanhamento Terapêutico**. 1ª edição, São Paulo, Escuta, 1991.
6. JACCARD, R. - **A loucura**. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
7. LAING, R.D. - **A política da experiência e a ave-do-paraíso**. 2ª edição, Petrópolis, Vozes, 1978.
8. MAUERI, S.K. & RESNIZKY. - **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. São Paulo, Papirus, 1987.
9. SPROVIERI, M.H.S. - Terapia familiar. In: ASSUMPÇÃO Jr., F.B. - **Psiquiatria da infância e da adolescência**. 1ª edição, São Paulo, Santos e Maltese, 1994.



QUADRO IV

Os acompanhantes, suas origens e os resultados das transformações de seus papéis.