

Florianópolis, Julho de 2017.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO PARA A CLÍNICA DA PSICOSE

Beatris Cristina Badia – beatrisbadia@gmail.com
Psicologia – UFSC

1. Apresentação

Este trabalho foi realizado acompanhando as atividades do grupo de extensão de Acompanhamento Terapêutico para a Clínica da Psicose, que é coordenado pela professora Ana Lúcia Mandelli de Marsillac. Se teve por objetivo observar os processos grupais ocorridos nesse espaço, bem como a prática clínica no acompanhamento terapêutico através dos relatos dos estagiários durante as supervisões e estudos de textos. Tais encontros ocorreram nas segundas-feiras, quinzenalmente, das 08h às 12h no Serviço de Atendimento Psicológico (SAPSI), situado no Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH). A escolha desse campo se deu pela curiosidade nessa modalidade terapêutica e pelo interesse na discussão da psicanálise articulada com a psicose.

2. Método

O Acompanhamento Terapêutico¹ é uma prática bastante recente no campo da saúde e caracteriza-se por ser um “atendimento que passa por lugares sem se fixar, o movimento do AT junto ao sujeito acompanhado é uma parte fundamental desse tipo de atendimento, à qual vem somar-se a escuta clínica que, em seus diferentes matizes, está presente em todo tipo de psicoterapia” (Reis Neto, Pinto & Oiveira, 2011, p. 31). Dessa forma, as supervisões e discussões de caso ocorrem em uma sala do SAPSI, ampla e bem iluminada, com cadeiras confortáveis ao redor de uma mesa retangular, porém, os

¹ Ao longo do texto, a sigla AT será utilizada para Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico

acompanhamentos são feitos em lugares diversos, de acordo com cada caso, sendo estes decididos juntos aos acompanhados.

A equipe conta com duas profissionais da psicologia, que tem a função de orientar e supervisionar e oito estudantes, sendo seis da graduação e duas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São os estagiários da graduação quem realizam os acompanhamentos, sendo que estes ocorrem semanalmente e as supervisões quinzenalmente. Além das supervisões em grupo, também ocorrem supervisões individuais de acordo com a demanda dos estagiários. Ao longo das observações, pude ter conhecimento do andamento dos cinco casos que estão sendo acompanhados no momento, um destes é acompanhado por uma dupla de estagiárias, enquanto que os outros são acompanhados individualmente, com exceção de dois casos, onde cada um tem seu próprio acompanhante, porém algumas vezes o acompanhamento pode ocorrer junto, já que os acompanhados são mãe e filho. O serviço utiliza da abordagem psicanalítica como lente para análise dos casos e embasamento das intervenções.

3. Fundamentação Teórica

Inicialmente, o Acompanhamento Terapêutico surgiu como que uma alternativa a internação psiquiátrica, na qual o comum era que uma equipe de ats se revezasse para permanecer 24h com o acompanhado, sendo o tempo diminuído progressivamente conforme passadas as crises. Com o passar do tempo várias configurações horárias passam a ser possíveis, refletindo na criação de novas demandas onde o at não era mais solicitado apenas para evitar a internação, mas também oferecer a exploração conjunta de diferentes espaços, sejam eles públicos ou domiciliares pelo par formado entre at e acompanhado (Reis Neto, Pinto & Oiveira, 2011).

No Brasil, a prática do AT foi inaugurada em Porto Alegre, na Clínica Pinel, criada em 1960 por Marcelo Blaya, que recém formado nos Estados Unidos, trouxe a ideia do acompanhante, na época chamado de “atendente psiquiátrico” (Silva & Silva, 2006). A emergência dessa prática “culmina com o movimento de criação e experimentação de novas formas de lidar com a loucura fora dos muros asilares, e é intrínseca às primeiras germinações do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira” (Marinho, 2009, p.1). Nesse momento, muitas pessoas que desempenhavam essa função eram leigos, não existia

uma “definição clara institucional ou teórica das qualificações exigidas às pessoas que se disponibilizavam para exercer o trabalho de atendente” (Marinho, 2009, p.13). Conforme Reis Neto, Pinto & Oliveira (2011, p. 35), “com o tempo, diversificam-se os usos do AT ao mesmo tempo em que, progressivamente, os ats foram deixando de ser leigos, tornando-se majoritariamente estudantes de Psicologia e, em um número menor de vezes, de psiquiatria”.

Esses novos usos da função do at implica em colocá-lo não mais somente na presença do sujeito acompanhado, mas também de sua família e de pessoas que vivem ao seu redor, trata-se portando de um trabalho com uma forte característica grupal, já que além da interação com o meio social do acompanhado, o at estará em constante contato com sua equipe formada por outros ats e supervisores (Reis Neto, Pinto & Oliveira, 2011). Segundo Marinho (2009), foram psicanalistas, psicólogos e estudantes de psicologia que prevaleceram na construção do esboço teórico e na elaboração do que viria a ser o Acompanhamento Terapêutico, tomando como base o arcabouço teórico da psicanálise, sendo que “no Brasil, a primeira publicação que se tornou referência sobre AT foi o livro intitulado A rua como espaço clínico lançado no início dos anos 1990, organizado por uma das primeiras equipes de acompanhantes terapêuticos da cidade de São Paulo” (Marinho, 2009, p. 5).

Atualmente, o acompanhamento terapêutico pode ser utilizado para diversos tipos de demandas, não sendo somente apenas para evitar internações psiquiátricas, ou no tratamento de psicoses, mas também sujeitos deprimidos, melancólicos, adictos, etc. Sabe-se que, no caso da psicose, os vínculos do sujeito podem ser afetados pelas produções delirantes. Conforme apontam Reis Neto, Pinto & Oliveira (2011) Freud designa o delírio como uma tentativa de autocura, de recomposição dos investimentos libidinais nos objetos, e o que irá distinguir o delírio, muito mais do que sua divergência com qualquer realidade, é o fato de ele não promover o laço social. Tal produção delirante, permite ao psicótico compor uma realidade mais suportável, de acordo com suas condições subjetivas, bem como trazer consigo uma dimensão de verdade pessoal, portanto não se deve interpretar o conteúdo do delírio (Hermann & cols., 2013). Hermann (2013) e cols. afirmam que a

Psicanálise se responsabiliza por criar condições para que o paciente vá ao encontro de sua verdade singular, seja pela via da construção da fantasia inconsciente na neurose, seja pela via da construção do delírio na psicose, visto que a verdade pessoal está ao lado do paciente (p. 19).

Dessa forma, o AT pode ser um dispositivo bastante eficaz na promoção do laço social “oferecendo como recursos tanto a escuta que abre à singularidade do delírio quanto o deslocamento compartilhado pelo espaço público, capaz de abrir ao psicótico novas possibilidades, pelo diverso e inusitado que tal espaço tem a oferecer” (Reis Neto, Pinto & Oliveira, 2011, p. 33).

Sendo uma clínica com um *setting* itinerante, ou seja, não fixo, o AT se ocupa de outras formas do fazer clínico diferentes do consultório pois naquele “há o peso do que se faz – e isso para além do que se faz quando se fala – nesse sentido, a fala pode emergir porque não é tão diretamente chamada a ocupar o centro do palco” (Reis Neto, Pinto & Oliveira, 2011, p.34) como geralmente pode ser considerada nas análises tradicionais. De acordo com Bazhuni (2010, p.92), o “ponto preciso da diferença entre um at orientado pela psicanálise e um analista está colocado em suas práticas. Não se trata de análise, portanto, mas das possibilidades deste trabalho estar referido e fundamentado em bases de ética e epistemologia psicanalíticas.” Além disso, ser um acompanhante implica em estar em uma relação de simetria com o sujeito acompanhado, se colocando em um lugar de não saber sobre este que se acompanha, mas marcando presença, e se colocando enquanto sujeito na relação, dessa forma

em sua circulação pela cidade, poderão estar no cinema, no restaurante, no show, na praia, etc., quando o AT terá que ser terapêutico sendo o mais *ele mesmo* possível. No campo das práticas *psi*, talvez em nenhuma se demande tanto do terapeuta uma presença corporal e de persona(lidade), como acontece no AT, e isso coloca o AT na fronteira entre um *ser ele mesmo* e ser um terapeuta (Reis Neto, Pinto & Oliveira, 2011, p. 36).

4. Discussão

Durante o período de observação, foram cinco os casos que estiveram em acompanhamento, os quais servirão de disparadores para a discussão de alguns elementos seguintes. Algo que emergiu nas falas dos acompanhantes de forma significativa, foi o silêncio que se instaura em alguns momentos junto ao sujeito acompanhado, como

causador de certo desconforto, ou da sensação do não saber como manejar essas situações. Para Cañizal (2005) “o que possibilita ou impossibilita a comunicação é, em última instância, o silêncio” (p.18, como citado em Padrão, 2009, p. 93), porém, é notável que na contemporaneidade existe uma dificuldade em lidar com momentos silenciosos em diversos tipos de relações e situações, não exclusivas das relações terapêuticas. Sabe-se que a Psicanálise trabalha essencialmente com a fala, possibilitando que o processo terapêutico ocorra, porém Nasio (2010) afirma que os efeitos do silêncio na análise são tão decisivos quanto os das palavras pronunciadas, seja ele

silêncio do paciente ou do analista, silêncio crônico ou efêmero, silêncio de resistência ou de abertura do inconsciente, ele constitui um fato analítico de primeira importância no desenrolar de um tratamento e coloca aos clínicos um problema de técnica psicanalítica, tão antigo quanto o da regra da livre-associação. Mas, além dessa presença clínica essencial, o silêncio representa também e principalmente uma entidade teórica fundamental: dentre todas as manifestações humanas, ele continua sendo aquela que, de maneira muito pura, melhor exprime a estrutura densa e compacta, sem ruído nem palavra, de nosso inconsciente próprio (Idem, p. 7).

Portanto, ainda que o AT não se iguale em termos de setting com a clínica tradicional, o silêncio também aparece como elemento fundamental no processo terapêutico, acolher o silêncio dos acompanhados significa “lhes oferecer uma escuta verdadeiramente analítica: aquela que está para além do ouvir as palavras, que se define pelo não dito, pela comunicação entre o inconsciente” (Padrão, 2009, p. 103) do acompanhante e do acompanhado.

Por ser uma prática que se dá sem lugar fixo, sendo possível que o at acompanhe o sujeito em diferentes tarefas e fazeres, devido ao fato de que o local do acompanhamento e o que será feito no dia são decididos conjuntamente com o acompanhado, surge no relato dos estagiários a insegurança de que o trabalho possa não estar surtindo efeito, ou sua presença junto ao acompanhado está sendo vista de modo que este apareça como sendo um “secretário” da pessoa que se acompanha. Isso se deve muito ao fato de que no AT, como dito anteriormente, a fala nem sempre ocupa o centro do palco, existe um grande peso naquilo se faz nos momentos do acompanhamento, “além disso, o deslocamento compartilhado no espaço público faz surgir situações nas quais o at atuará com sua escuta *in loco*” (Reis Neto, Pinto & Oliveira, 2011, p. 33), ou seja, em

momentos em que falas significativas podem emergir, justamente pelo fato de que a fala não é convocada a estar unicamente no foco.

Através dos estudos de textos, que tem seu espaço reservado nos dias de supervisão, discutiram-se algumas noções importantes para o fazer terapêutico, como a transferência e o conceito de *sinthoma*. Nessa discussão, tivemos como disparador o texto de Hermann (2013) *A Clínica do Acompanhamento Terapêutico*, onde o autor afirma que no estabelecimento de uma transferência possível no tratamento, seria necessário criar estratégias, já que a demanda para o at é advinda de um outro, portanto este teria a função de instalar o dispositivo transferencial. O autor aponta que o manejo da transferência por parte do at se dá na alternância de sua presença e ausência diante do acompanhado, conduzindo diferentes momentos nesse processo, iniciando no ponto em que a libido está direcionada para o eu do acompanhado, até o possível estabelecimento da transferência, onde a libido se voltaria para um objeto, ou o próprio acompanhante.

Hermann (2013) ainda reitera que “é prudente que os movimentos do acompanhante terapêutico – sua presença, seu distanciamento, seu olhar – estabeleçam uma distância necessária para que o sujeito crie movimento próprio de aproximação, faça desse acontecimento algo suportável” (p. 32). Portanto, é de extrema importância que o at esteja sempre atento ao que seu acompanhado comunica – ainda que não verbalmente –, respeitando o seu tempo e suas aberturas para aproximação.

No texto *AT e a Inclusão no Laço Social por Meio da Construção do “Sinthoma”*, também do mesmo autor, pôde-se discutir a noção de um conceito lacaniano, o *sinthoma*, na paranoia. Ele faz uma análise do efeito da ação do at para a construção do *sinthoma* e compreende que o acompanhante se encontra em uma situação similar à que Lacan descreve no primeiro momento do Édipo, em que a criança se posiciona como falo imaginário do Outro materno, o bebê que nasce alienado aos significantes desse Outro. É dessa maneira que o paranoico irá reproduzir na transferência a tomada do outro, partindo de uma relação especular que está para confirmar sua existência (Bazhui, 2010).

Alguns dos casos que utilizam do serviço do AT, são encaminhados pelos Centros de Atenção Psicológica (CAPS) de Florianópolis. O Acompanhamento Terapêutico aparece nos serviços da Rede Pública através das ofertas de convênios de estágios, não estando a figura do at oficialmente inserida nesses dispositivos de saúde. Embora tenha

aparecido na Portaria SNAS n° 189, de 19 de novembro de 1991, foi retirado logo depois, na Portaria SNAS n° 224, de 29 de janeiro de 1992, sendo substituído por linhas mais gerais de procedimentos, com diversidade de técnicas. Portanto, acompanhantes terapêuticos não fazem parte do quadro oficial da equipe que atua dentro desse serviço (Marinho, 2009).

Não estando oficialmente inserido na Rede Pública, o acompanhamento terapêutico é frequentemente buscado por equipes de CAPS e outras instituições de saúde mental. Percebe-se nessa busca um reconhecimento da importância do AT, o qual faz parte da clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica. Além disso, essa busca parece ter relação com uma avaliação da equipe de Saúde Mental de que o sujeito estabeleça itinerários no laço social, tanto no próprio serviço, como em locais para além dele como praças, parques ruas, a cidade em geral. Os CAPS pautam seu funcionamento principalmente em atividades grupais, sendo estas grandes aliadas no tratamento da psicose, entretanto, há situações em que a escuta individual pode ser imprescindível, e nesses casos o AT é um dos dispositivos ao qual se pode recorrer (Hermann & cols, 2013).

Por ser um grupo de supervisão, discussão de casos e estudos de textos, o AT configura-se como um grupo operativo voltado ao ensino-aprendizagem, sendo a ideologia fundamental dessa modalidade grupal “mais do que encher cabeças de conhecimentos é formar cabeças” (Zimmerman, 2000, p. 91). A teoria dos grupos operativos foi elaborada por Pichon-Rivière, tal autor os define como grupos centrado na tarefa, e ainda, que todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo. Conforme Osório (2003) “Pichon-Rivière observa que, quando se está aprendendo, embora não conscientemente, estamos abandonando forma estereotipadas de ver o mundo ou a realidade, tal qual ocorre em um processo terapêutico, assim como podemos entender a dificuldade ou a resistência a curar-se como perturbações da aprendizagem” (p. 29). Diante disso, é possível afirmar que embora a supervisão tenha a finalidade de promover aprendizagem, ela pode em alguns momentos, vir a ser terapêutica, já que nela os estagiários trazem à tona suas angústias, inseguranças e dificuldades em relação aos seus acompanhamentos. Assim, tem-se não somente relatos ou verbalizações, mas uma reatualização do que foi vivido nos momentos de intervenção e a possibilidade de uma maior elaboração sobre estas.

A dinâmica do grupo ocorre de forma muito horizontal, todos têm espaço para relatar e compartilhar sobre seus acompanhamentos, assim como para fazer apontamentos em relação aos demais casos. É possível perceber que a liderança do grupo é assumida pela coordenadora do projeto, sendo estabelecida na modalidade de liderança democrática, não podendo ser esta confundida com “uma liberalidade ou licenciosidade; pelo contrário, uma democracia sadia implica numa hierarquia, com a definição de papéis e funções, e num claro reconhecimento dos limites e das limitações de cada um” (Zimerman, 2000, p. 141).

5. Considerações Finais

Diante do que foi discutido, pode-se perceber que o Acompanhamento Terapêutico traz consigo o desafio de lidar com o inédito, o inesperado a cada encontro que se dá nesse *setting* nômade, que demanda da figura do acompanhante flexibilidade e espontaneidade nesse processo.

Fica evidente que a prática do AT é vanguarda no âmbito da Saúde Mental, e grande contribuinte no movimento da Reforma Psiquiátrica no país. O Acompanhamento Terapêutico traz consigo um grande rol de possibilidades de atuação, sendo possível de ser utilizado não somente na clínica das psicoses, mas por diversos outros tipos de demanda. Penso que este é um serviço que ainda poderia avançar em seu alcance, podendo estar mais presente nos dispositivos de saúde pública, tendo em vista que o trabalho já realizado pelo AT do Serviço de Psicologia da UFSC com usuários do CAPS tem surtido bons resultados.

Pensar diferentes fazeres clínicos para além da clínica tradicional é extremamente potencializador na constituição da prática profissional. Nesse campo, tive grandes contribuições na constituição do que futuramente será a minha prática profissional, não somente em termos de Psicanálise, mas também da sua ética, e do quão transformador pode ser o fazer do acompanhante terapêutico.

6. Referências Bibliográficas

Marinho, D.M. (2009). *Acompanhamento Terapêutico - Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Dissertação de

Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30072010-111155/pt-br.php>

Reis Neto, R.O., Pinto, A.C.T. & Oliveira, L.G.A. (2011). *Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber*. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 30 (1), p. 30 – 39.

Hernandez, J. (2004). *O Duplo Estatuto do Silêncio*. Instituto de Psicologia USP. 15(1/2), 129-147

Padrão, C.B. (2009). *Considerações sobre o silêncio na clínica psicanalítica: dos primórdios aos dias atuais*. Cadernos de Psicanálise, Rio de Janeiro, 31 (22), p. 91 – 103.

Nasio, J.D. (2010). *O Silêncio na Psicanálise*. Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro.

Bazhuni, N.F.N. (2010). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30072010-111155/>.

Hermann, M.C. e cols. (2013). *Acompanhamento Terapêutico*. Zagodoni Editora, São Paulo, 1 ed.

Silva, A. S. T. & Silva, R. N. (2006). A Emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 210-221.

Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed. 2 ed.

Osório, L. C. (2003). *Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.