

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E INTERNAÇÃO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA

Sérgio Ricardo Bezz¹

RESUMO

O presente artigo relata a experiência do trabalho do acompanhamento terapêutico no contexto das internações do hospital psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, nos últimos quinze anos. Identifica a função da prática do acompanhamento terapêutico no trabalho em equipe multiprofissional das enfermarias e sua relevância a partir do reconhecimento de um funcionamento próprio psicótico, assim como de sua função no tratamento da crise psicótica. A relevância da internação como tempo de tratamento particular e o trabalho nele proposto pelo acompanhamento terapêutico constituirão um campo favorável de formação profissional na atenção a pacientes graves, constituindo uma genuína contribuição no avanço do cuidado na assistência pública da internação psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicose; Internação; Acompanhamento Terapêutico.

¹Psicólogo no hospital psiquiátrico Jurujuba, Niterói-RJ. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em teoria psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialização em Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT AND ADMISSION IN THE JURUJUBA PSYCHIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT

This article discusses the work of therapeutic accompaniment in the context of hospitalization at the Psychiatric Hospital in Jurujuba, Niterói-RJ, over the last fifteen years. It identifies the function of the practice of therapeutic accompaniment based on the multi-professional team work inside the wards, and its relevance on the recognition of a psychotic operation, as well as its role in the treatment of the psychotic crisis. The relevance of the admission as a specific treatment time, such as the work proposed by therapeutic accompaniment, will constitute a favorable field of professional training on critically ill patients care, to further build a genuine contribution to the advance of public assistance care for psychiatric hospitalization.

Keywords: *Mental Health; Psychosis; Hospitalization; Therapeutic Accompaniment.*

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico no contexto da internação psiquiátrica. As reflexões aqui tecidas tiveram como campo de pesquisa e intervenção as enfermarias do hospital psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, RJ. O interesse recente por essa experiência inédita associada ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira é expresso pela crescente demanda de jovens profissionais pelo ingresso nessa prática. Tradicionalmente considerado como um dispositivo de evitação da internação, o acompanhamento terapêutico ganhou um formato particular nesse contexto, participando efetivamente da prática da equipe da internação, subvertendo sua origem, e criando um novo espaço de formação profissional.

Levado para dentro de enfermarias, o trabalho de AT trouxe consequências importantes para um tratamento institucional da psicose mais articulado, colocando em questão posturas manicomialistas prescritivas e normatizadoras, revalorizando o vínculo em suas potencialidades terapêuticas no espaço da internação.

A reforma psiquiátrica tem colocado em questão o modelo centrado nas grandes internações, sustentadas pelas intervenções monoterápicas, de cunho primordialmente medicamentoso, com poucas alternativas para além da espera ociosa, despersonalizada. Vemos na importante lei 10.216 (2001), redirecionadora da assistência psiquiátrica brasileira, uma definição clara a esse respeito:

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. (BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001).

Esse redirecionamento traz uma nova exigência para o cotidiano do trabalho, ou seja, como um trabalho em equipe se constituirá? Assegurar a presença de profissionais na assistência, no cuidado, não garante por si só o funcionamento de uma equipe. Consideramos a necessidade de formular uma resposta a esta questão, não transmissível através de textos unicamente, mas também a partir da lida cotidiana com os pacientes, articulada a uma reflexão tecida também por discussões em equipe e pelo endereçamento a outros colegas com mais experiência, com maior percurso em supervisão. Sublinhamos no texto da lei a abertura dada a *outros*. Outro, como estímulo para novos modos de intervenção. Outro na relação com esses lugares já estabelecidos corporativamente, cristalizados, e não garantidos em sua eficácia pelo diploma. Outros a se criar.

Identificamos, assim, um grande problema a ser enfrentado nas enfermarias do hospital psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói. Como estabelecer uma relação mais articulada, com maior interação entre o cotidiano do paciente durante a sua internação (espaço de cuidado tradicionalmente ocupado pela enfermagem) e os chamados técnicos de referência – médicos, psicólogo, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros? Como dissolver uma prática de internação realizada prioritariamente no modelo de visitas médicas pontuais, sem muita discussão com outros profissionais da assistência?

Constatamos em muitos casos que, após esta presença pontual do psiquiatra e de outros técnicos de referência, ficavam os pacientes durante todo o restante do dia sob o encargo de uma equipe de enfermagem desmotivada, realizando procedimentos de modo automático e massificado. Porém, sem cessar, as expressões, as falas e produções psicóticas dos pacientes se dirigiam à enfermagem, à qual diante das enormes dificuldades na lida e no acolhimento destas irrupções, respondiam com uma evitação dos pacientes, recolhendo-se nos postos de enfermagem. Resultado disso foi constatar a existência de um grande contingente de pacientes que, durante o período de internação, eram muito pouco assistidos nos intervalos entre as consultas dos técnicos de referência, na quase totalidade do seu dia. Assim, pela escassez da presença e falta de intervenção, esses sujeitos internados se viam sozinhos justamente em momentos críticos de suas vidas, restando quase que exclusivamente aos profissionais da enfermagem a difícil tarefa de cuidar e dar um destino a esse momento.

Nesse contexto, os pacientes encontravam-se também diante da injunção do enlaçamento com os outros internos, e necessariamente com as enormes dificuldades de estabelecimento de um laço com o outro (característica mesma da psicose), levada ao paroxismo pelo surto. Assim, não raramente deflagrava-se a ocorrência crítica de atos violentos entre eles, advindos com frequência de fenômenos próprios à crise, como ouvir alucinatoriamente injúrias vindas do outro contra si, ou tomar-se como perseguido por outro paciente, precisando agredir para se defender.

Em nossa experiência, a agressividade surgia frequentemente nas relações entre os pacientes, muitas vezes demandando da enfermagem intervenções como contenções mecânicas e medicamentosas, sem que alternativas a essas práticas fossem efetivamente pensadas. Essa era a realidade banal das internações psiquiátricas, alvo do importante combate dos reformistas a uma assistência psiquiátrica pobre, violenta, disciplinar e moral.

Esse conhecido quadro descrito acima foi (e ainda é em muitos casos) motor de

transformações decisivas na assistência psiquiátrica brasileira nas últimas décadas que, resumidamente, se situam na redução substancial do número de leitos psiquiátricos do SUS, e no conseqüente fechamento de hospitais psiquiátricos. Isso vem se dando, logicamente, em paralelo à criação de uma Rede de saúde mental substitutiva, extra-hospitalar, de cunho comunitário, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), respondendo efetivamente à demanda criada pela diminuição de leitos de internação.

Identificamos essa grande questão colocada para os novos trabalhadores da saúde mental de hospitais psiquiátricos “pós-reforma”, também como aceno às equipes de CAPS III² em sua missão de atenção intensiva, de tempo integral. Ou seja, como produzir o acolhimento necessário para aqueles em que, não sendo suficiente o suporte dado ao tempo da crise psicótica nos dispositivos extra-hospitalares, necessitam de internação?

Situamos nosso campo de trabalho como aquele da internação no campo da reforma psiquiátrica. Assim, tornou-se urgente uma abordagem à crise psicótica que considerasse a condição própria e singular de cada paciente, da relação particular que estes estabelecem com os outros, com o espaço, com o tempo, com a sua palavra. Esse foi um desafio colocado no momento em que propusemos o AT como recurso e intervenção no momento da internação, como alternativa à situação que procuramos descrever mais acima.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA INTERNAÇÃO

O AT, prática tradicionalmente realizada no tecido social, na residência, na rua, subverte-se no exercício na internação. O que sustenta tal proposta, nova até mesmo para a reforma psiquiátrica, merece um esclarecimento a partir da nossa experiência em Jurujuba.

O programa de AT no hospital de Jurujuba surgiu em 1998, no âmbito das enfermarias de agudos do hospital, mais tarde expandindo-se para as enfermarias de longa permanência, acompanhando pacientes na circulação pela cidade, assim como participando da alta de longas internações para as residências terapêuticas.

Compondo os plantões das enfermarias, o AT participa de todas as rotinas, das discussões de equipe, de oficinas terapêuticas... Em sua inserção nos plantões 24 horas, faz parte da vida diária, do cotidiano, da convivência, denotando um traço inédito desta experiência de AT nas internações. A partir desta inserção, esse AT propõe e realiza a circulação com os pacientes em ambientes fora do espaço das enfermarias, tanto no hospital,

² Designamos como CAPS III aqueles centros instalados em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

como em suas residências; e em atividades na cidade, incluindo-se ativamente nos processos de altas e de licenças.

Esse modelo que desejamos descrever difere de experiências de inserção de AT em internações relatadas anteriormente no Brasil. Fiorati (2006), por exemplo, descreve a experiência de Acompanhamento Terapêutico em internação psiquiátrica em Ribeirão Preto-SP, onde os trabalhos de AT estavam referidos a indicações precisas, apenas em casos próximos do momento da alta, situando o território do paciente como campo, visando primordialmente a reinserção social. Já na perspectiva dos trabalhos que tinham a intenção de evitar a internação, a rua e os espaços sociais e comunitários tornaram-se os territórios investidos. Em 1991, por exemplo, publicou-se “A rua como espaço clínico”³. Esse título indicava por si só este direcionamento, trazendo as experiências vividas na rua como *setting* clínico, evitando a internação e criando outros caminhos para o tratamento de psicóticos.

Entretanto, em nossa experiência, tínhamos uma responsabilidade com as internações, na medida em que decidimos enfrentar os graves efeitos do manicômio, de sua violência e da iatrogenia. Almejamos trazer, então, para dentro do hospital, a prática de AT desenvolvida inicialmente para cenários fora do hospital. Fundamentalmente, o acompanhante terapêutico deveria estar com os pacientes, em uma convivência tal que o vivido decorrente da crise psicótica pudesse ser abordado a partir de um vínculo de confiança construído. O que estava em jogo era a mudança da lógica vigente do bom comportamento, do aquietamento das representações delirantes, da adequação das condutas veiculadas em uma vigilância opressora.

Segundo Lacan, “o que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala” (LACAN 1957-58). Assim, onde a palavra se desfaz, começa a violência; onde existe o silenciamento da produção de fala do paciente, a palavra falta, abrindo um caminho direto para a violência de parte a parte, técnico-paciente, paciente-técnico. Com essa condição preliminar, da valorização da palavra e do vínculo com os pacientes no tempo da internação, colocaram-se as seguintes questões: como acompanhar os pacientes nas internações, considerando os espaços coletivos da enfermaria, os corredores, o cotidiano, o estar com, como fazendo parte do tratamento? Como fazer operar um trabalho em equipe, incluindo, aproximando a enfermagem dos técnicos de referência – psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros?

³ Organizado pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa. Para maiores informações, consultar a nossa bibliografia.

Foi urgente ocupar o espaço das enfermarias, muitas vezes pouco investido, abandonado, vazio. Identificamos esse lugar como àquele capaz de efetuar a ligação entre os membros da equipe do plantão e os técnicos de referência. Ao mesmo tempo, viu-se como era urgente criar abordagens no cotidiano da enfermaria que ajudassem a enfermagem na difícil tarefa de acolhimento, proteção, contenção, com um maior entendimento formal acerca do funcionamento psicótico, sobretudo nas situações de crise. Também foi preciso tentar mudar uma concepção de trabalho dos técnicos de referência, trancados nos consultórios dentro da enfermaria, sem uma articulação com os plantões, jorrando prescrições de medicamentos e de conduta, sem conversar com àqueles que as executam. A tarefa era de todos, mas foi preciso um disparador, um meio de campo para tocar e tentar desfazer esse isolamento produzido.

Encontramo-nos com este problema crítico que pode se produzir entre os trabalhadores de saúde: o isolamento. Observamos nesse fenômeno um fato da maior importância, ou seja, os trabalhadores não tinham para onde remeter os impasses e as dificuldades que surgiam nas situações de seu cotidiano. Desse modo, fechados, eles não problematizavam em parceria com outros o que escutavam de seus pacientes. Em seu trabalho de supervisão com profissionais de saúde, Simone Gryner nos diz:

Se não dermos aos profissionais de saúde a possibilidade de sustentar os impasses de sua clínica, no sentido de possibilitar que sejam operativos, que façam o sujeito trabalhar, não estaríamos condenando esses profissionais a ignorar alguma coisa de fundamental naquilo que seus pacientes lhes dizem? (GRYNER, 2015)

Vale dizer, os impasses dos casos atendidos dependem da escuta de cada um, e dos limites próprios a cada um em sua formação. O potencial do trabalho em equipe se faz notar na retomada pelo profissional de seus impasses, através da passagem pelos outros, configurando a possibilidade de uma nova escuta, fundamental no descongelamento de certos obstáculos.

Voltando ao relato de nossa experiência, o trabalho se passava sem a equipe, sem a chance de receber o retorno de outros profissionais, suas escutas, apreensões, soluções e encaminhamentos. Assim, os técnicos de referência reduziam sua escuta da palavra do paciente em seu campo privado, uma clínica privada, não tendo notícias dos efeitos de suas intervenções no coletivo institucional.

Não havia alternativa, foi preciso fortalecer o espaço da supervisão e da reunião de equipe. Em paralelo, iniciou-se a prática do AT, um meio para facilitar a maior exposição das situações-problema e dos impasses criados para os profissionais no encontro com os pacientes.

Os acompanhantes terapêuticos impõem às internações a necessidade de uma nova forma de abordagem, devendo incluir outros atores aos antigos e desgastados dispositivos de tratamento dos psicóticos, calcados simplesmente na administração de medicações e exclusão social. Um princípio norteador do trabalho em saúde mental avança a partir da função do acompanhante terapêutico nas enfermarias, que é aquele da integração da equipe em seus diferentes lugares – diaristas e plantonistas, no cotidiano, nas rotinas, e sobretudo na circulação entre a equipe.

Constatamos haver nesse cotidiano da internação lugares de trabalho pouco habitado pelos profissionais, como corredores, o pátio, o refeitório. Considerando a importância desse campo para o tratamento, para o acolhimento, para a mediação e a contenção, assim como o considerando como um solo para a intervenção sobre o acometimento psicótico disruptivo, implementamos o AT nesses espaços. Com a instalação desse dispositivo, a demarcação do tempo de internação e o modo como os pacientes frequentavam as rotinas (até então cuidadas primordialmente pelo pessoal da enfermagem) passaram a ser valorizados e ganharam relevo.

A prática do acompanhante não visa outra coisa senão ser uma peça do trabalho em equipe que ajude a dar relevância à clínica, alçar ao estatuto do tratamento vivências e situações do cotidiano. Assim, o AT não funciona sem a equipe. O ponto de partida é a articulação entre a equipe. Acentuou-se, desta forma, a proposta de um funcionamento nas reuniões de equipe, onde a palavra de cada um fosse dita, e existisse acolhimento às dificuldades daquele que conseguia expor seus encaminhamentos, sua perspectiva e dificuldades na condução do trabalho. Essa inclusão daquilo que não vai bem para os profissionais nas discussões foi, e continua sendo, muito difícil.

A ênfase dada na enfermaria foi a de um trabalho de equipe, com a sustentação de uma rede interna a ser tecida. Uma Rede tem seus nós, internos e externos, decidindo um sobre o outro no modo como se atam. Fala-se muito de rede de saúde mental *inter*-setorial, considerando dispositivos outros que não somente aqueles da saúde mental, isto é, nas relações com a cultura, a educação, o lazer, entre outros. Aqui, no entanto, nosso interesse se dirige a uma rede *intra*-setorial. O AT coloca em questão diretamente como esta rede *intra* está funcionando (ou não está); e fazer funcionar esta rede interna está diretamente relacionado à possibilidade de os membros de uma equipe falarem uns com os outros, diminuindo os efeitos de uma hierarquia dura, vertical, silenciadora dos diferentes entendimentos e ações em curso. O AT foi a aposta da criação e fortalecimento de elos entre

a equipe, fundamental para acolher em tratamento a complexidade e gravidade dos casos em questão.

Mas o que se produz quando falamos para um outro e saímos do isolamento, do mutismo? Como acolhemos a palavra discordante? Como discordamos? Parece-nos decisivo aqui que a contribuição de cada um não seja tomada imediatamente como uma agressão, como se apontasse para a insuficiência da posição do outro. Essa seria uma lógica sem saída, fadada às rivalidades e às guerras entre os membros da equipe. Nessa tessitura, teremos fios soltos – certamente não será um tecido liso.

O AT deveria tornar-se uma espécie de acompanhante da história de cada paciente, história construída na internação e antes dela, devendo se articular no jogo institucional do tratamento da psicose – potente diversidade de laços para além daqueles dos atendimentos de consultas. Exigindo leitura do que se passa nesses encontros, o AT cria direções nos tratamentos, dando chance da constituição de lugares simbólicos por onde o paciente poderá se ancorar. Esse é um grande desafio, pois é ali mesmo onde há tendência à dispersão completa, cristalizações, fixações sólidas delirantes no laço com o outro, que se busca a construção de lugares de relação, de laços orientadores que sirvam de ancoragem aos pacientes. É uma aposta, a cada vez, para cada um.

Lidamos com pacientes de difícil abordagem na internação, apresentando quadros de extrema confusão mental, desorientação, agitações motoras, entre outras. Por vezes, são casos pouco afeitos ao convite de técnicos de referência para consultas em consultório, tornando-se refratários mesmo à modalidade de atendimento clássico da consulta. Não raramente, vemos esses pacientes perambulando de modo errante pela enfermaria, sem pontos de apoio, sem referências. Deste modo, inabordável pelo psiquiatra ou pelo psicólogo da enfermaria segundo o dispositivo clássico da consulta, surge o desafio de se inventar modos de abordagem do paciente em seu território existencial, pelas suas aberturas. Aí deve entrar o trabalho do AT; aí é que se deve contar com esse recurso na equipe. Claro, existem outros dispositivos possíveis, que devem ser identificados e buscados. Porém, o lugar do AT deve chamar a atenção para os momentos sutis em que se fez possível a abertura ao laço num espaço de convivência. O fato da circulação constante e atenta do acompanhante terapêutico pelo espaço da enfermaria, e principalmente sua atenção e disponibilidade, possibilitam brechas por onde entradas com os pacientes poderão ser criadas.

O tratamento dos pacientes psicóticos em crise coloca dificuldades de muitas ordens. Uma delas é justamente em relação ao acompanhamento, o acompanhar, estar ao lado, caminhar junto, considerando justamente o fato de a relação com o outro se encontrar muito

comprometida com a crise. O acompanhante terapêutico, dispondo-se a se relacionar com os pacientes, ocupando um lugar físico no espaço da enfermaria, pode eventualmente ocupar também um lugar subjetivo crucial – lugar do perseguidor, daquele que quer o seu mal, fazendo com que seja rechaçado veementemente. É neste lugar por vezes tenso e inamistoso que o acompanhamento vai operar, visando uma perspectiva terapêutica.

Na primeira publicação no Brasil a respeito do AT, as psicólogas argentinas Resnizky e Mauer (1987) acentuavam o componente amistoso do vínculo visado nesta prática, nomeada inicialmente como “amigo qualificado”. Assim, o teor terapêutico do acompanhamento evidenciava-se. Esta é uma importante indicação, trazida da origem do termo “acompanhante terapêutico”, que denota um vínculo favorável, com efeitos terapêuticos. Na internação, enquanto dura uma crise psicótica aguda, o acompanhamento transita nesse campo da recepção, do acolhimento e da resposta ao que lhe é dirigido. No limite, pela impossibilidade simbólica na psicose, a virtualidade da passagem ao ato espreita, ou seja, tanto o acompanhante quanto o paciente colocam sua pele e seu corpo no laço que se estabelece. O risco é inerente para todos.

UM LUGAR PARA A PALAVRA

Tomaremos como premissa fundamental desse acompanhamento uma retomada da função da palavra do paciente. Um trabalho de retomada, pois não é raro o obscurecimento da palavra, do que se diz, como se diz e a quem se diz. Em lugar disso visa-se o comportamento, de preferência “calmo, cooperante, lúcido”: descrições de prontuário que não dizem nada e limitam-se à tentativa de nomear um comportamento, em geral considerado problemático quando inadequado às normas do bom comportamento, ou se limitam ainda à escrita “LOTE”, encontrada em prontuários (lúcido, orientado no tempo e no espaço). Aliás, a redução da psicose à sua descrição comportamental tornou-se corrente atualmente, deixando de lado as formas particulares, tão diversas, de sua relação com a linguagem, e do modo como se coordena sua trama delirante na relação com o profissional que o escuta. Pensamos que trabalho do AT transitará certamente nesse campo, entre a constatação e o respeito do modo próprio, do particular funcionamento da palavra no psicótico, e a ortopedização comportamental, guiada por uma moldagem a ideais de conduta, referidos a uma realidade, em geral pautada na adequação às normas de convivência.

Assim, encontramos-nos com este desafio: a construção de um trabalho com os

pacientes, acompanhando-os nos dispositivos sociais, incluindo a palavra no modo como eles a vivem e se relacionam com ela. Algumas advertências clínicas puderam decantar-se, surgidas no acompanhamento de pacientes, nos impasses criados pela psicose na internação. Desse modo, a seguir, cito de passagem um fragmento.

Um paciente recém-internado demonstrava trejeitos afeminados. Andava sem parar, falando palavras pouco compreensivas, chamando atenção na alternância da tonalidade de sua voz entre uma fina, afeminada, e outra masculinizada. Abordava os pacientes, ora discretamente, ora diretamente, convidando para o ato sexual. Diante disso, sofria inúmeras agressões de outros pacientes.

Na exigência de cuidado com a sua segurança, foi sugerido a ele por um enfermeiro que ficasse em um espaço mais protegido da enfermaria, dizendo-lhe: “Fique aqui, como você é homossexual, os outros pacientes não aceitam bem”. Logo, a mensagem escutada foi: “você é homossexual”. Isso se mostrou suficiente para produzir um acesso de fúria e agressividade, além de um estado de grande confusão mental. Suas palavras tornaram-se absolutamente caóticas. Enfim, um agravamento crítico de seu estado se fez notar.

Diante desse quadro, o acompanhante terapêutico o aborda, e pôde escutá-lo em sua oscilação de voz. O que surgiu? A presença de uma mulher em seu corpo, falando pela sua boca; fenômeno alucinatório não evidente, pois ele não escutava uma voz, mas seu próprio aparelho fonador tornava-se veículo da voz alucinada. Ele não se reconhecia nessa voz, tampouco em seus “comportamentos homossexuais”.

Tal passagem trazida em supervisão permitiu localizar um vetor decisivo de sua psicose, antes desconhecida, de sua transformação de homem em mulher, a transexualização. Porém, isso não o localizava nem do lado masculino, nem do feminino, nem do homossexual. A injunção de se reconhecer em uma posição sexual tornara-se excessiva. Observamos aqui um efeito catastrófico decorrente da sugestão, no sentido do reconhecimento de uma homossexualidade latente, fato constantemente observado na psicose (LACAN, 1955-56).

A leitura da equipe de seu trejeito afeminado constitui um fato clínico importante. Se ele é tomado como homossexual, sua resposta da passagem motora e automática ao ato constitui um fato a ser integrado no modo mesmo como a equipe se posiciona. O acompanhante terapêutico aqui tornou-se uma peça dessa engrenagem, tocando nesse ponto, comunicando o que escutou e trocando com a equipe. As intervenções do acompanhante terapêutico dirigiam-se à equipe de enfermagem, advertindo para a necessidade de recuo da proposição dirigida ao paciente de assumir a homossexualidade, produzindo efeitos bastante

apaziguadores para o caso.

CONTENÇÃO/ COM-TENSÃO

O AT está nos plantões, ou seja, compartilha corpo a corpo o trabalho com os técnicos de enfermagem. Vimos emergir, nesse contexto, uma dificuldade frequente para o trabalho em equipe, referida a uma relação solidária de cuidado aos pacientes, mas guardando diferenças de funções. A convivência nas 24 horas por dia com os pacientes, até então a cargo unicamente pelos plantões de enfermagem, passou a receber um outro profissional, o acompanhante terapêutico. Sua proposta foi a de sustentar um olhar para o que escapa às rotinas e irrompe como expressão crítica dos internos; por isso mesmo, demandando uma atenção específica, uma ação específica.

As situações vividas são inúmeras: um paciente delirante que somente aceita comer depois de o acompanhante terapêutico provar a sua comida (exigência justificada por uma suposta intenção de envenenamento pela equipe); ou ainda outro paciente que, para tomar banho, precisava de um acompanhante terapêutico de sentinela na porta do banheiro para que não fosse morto (destino informado pela vivência alucinatória de uma voz imperativa).

A busca de um trabalho solidário com a enfermagem não devia se confundir com a prática e com as funções de sustentação do bom funcionamento das rotinas, mas afirmar o que escapava a essas rotinas. Acolhendo-as e estando com eles neste momento de deriva, tinham uma chance de aproximação com o que havia de mais crítico da condição clínica dos pacientes. A função do AT se especificava, buscando dar lugar e trabalhar com as expressões da loucura perturbadoras, não adequadas aos procedimentos hospitalares.

Um tema tenso desse encontro dos acompanhantes terapêuticos e a enfermagem foram as contenções. Prática frequente em internações psiquiátricas, a contenção é utilizada nos casos onde agitações psicomotoras colocam em risco a si e aos que situam-se a sua volta. Sua utilização necessita uma grande atenção, pois, sendo um ato de imobilização à força, pode confundir-se com um ato de cerceamento e de violência. As motivações de quem a praticava precisavam ser colocadas em questão. Isso não foi simples, pois demandava uma reflexão e discussão, a partir do que motivava cada ato de contenção. Neste processo do trabalho, os acompanhantes terapêuticos trouxeram algumas interrogações: como as equipes estão concebendo a contenção? É uma prerrogativa da enfermagem, a contenção? Como a equipe se implica nisso? Como conter um psicótico desenfreado, agitado, delirante,

desorganizado, desorientado, maníaco? Quem contém? O que se contém? Como cuidar, acompanhar, avaliar o tempo de uma contenção?

De saída, teremos a dizer o seguinte: o acompanhante deve estar nas situações de contenção sempre que possível, é sua função no trabalho. Há na psicose um funcionamento, principalmente em crise, que nos mostra um arranjo problemático no laço com o outro. O limite está em xeque, as bordas dos espaços do paciente psicótico e do outro estão desagregadas, por vezes não existindo. As invasões são frequentes: da voz, das palavras sem ambiguidade, da literalidade das palavras produtores de atos disruptivos... Há, como numa catástrofe climática, encostas que deslizam. Nesse caso, falamos de contenção do que está para desmoronar. É a mesma coisa na psicose: um desmoronamento que, sem contenção, invade o campo da vizinhança, ultrapassa o limite da vizinhança. É uma pressão de desmantelamento. É isso, o limite é da vizinhança, do outro. A enfermaria (equipe e pacientes), é feita de vizinhanças, encarna esse lugar do outro para os pacientes; e é ocupando esse lugar problemático que pode advir nossa intervenção, que poderemos ter alguma chance de operar. É disto que os pacientes nos dizem o tempo todo que sofrem, e que faz tanto barulho e traz tanta tensão – problemas com o outro, com a vizinhança.

Mas permanece na prática esta pergunta: quem contém o paciente? O acompanhante terapêutico pode dar o nó nas faixas da contenção? Entender que o ato da contenção implica mais do que o nó das faixas é fundamental – inclui também proteção a ele, aos outros pacientes, à equipe. Acompanhar o paciente antes, durante e após uma contenção no leito indica a importância de se ler nessas ações o que a determinou e as palavras que elas comportam. É a busca de fazer passar o que seria um puro comportamento abrupto, sem sentido, ao que comporta de linguagem na passagem motora automática ao ato – fenômeno tão importante e frequente na história clínica desses pacientes internados. Este é um enigma com o qual os clínicos se deparam, qual seja, avaliar o determinismo de uma ação e sua própria causalidade (CZERMAK, 2012).

Será possível cuidar disso tudo individualmente? Não parece nem aconselhável, nem viável. É comum haver dificuldade em lidar com essas situações de irrupção bruta, motora, que se dirige para agressão. Então, se alguém da equipe se diz sozinho nas contenções, é grave! Todos ficam vulneráveis. É experiência corrente na internação que há muitos modos de contenção além da física. Uma palavra de autoridade, de comando, veiculada na simples presença de um profissional, representada por vezes na figura do médico, poderá deslocar uma tensão fixada do paciente na relação com algo ou alguém. A inclusão de um terceiro quando a relação se dualiza de modo maciço é uma saída que depende da invenção da

equipe.

O trabalho na convivência com os pacientes traz muitos problemas. Aliás, para quem o fato de conviver, de lidar com o outro, não traz problemas? Então, temos que lidar antes com a nossa convivência, entre nós, com nossas dificuldades. É aí que identificamos um dos maiores impedimentos para ouvir nossos pacientes em um convívio. Será a formação de cada um que decidirá o que faremos no laço com nossos colegas e com os pacientes. Um não vai sem o outro.

A FORMAÇÃO DO AT

Instalada a prática do Acompanhamento Terapêutico na convivência das enfermarias, em paralelo seguiam os estágios de graduação. O encontro com os pacientes na convivência veiculado pelos ATs fez com que observássemos aí um campo propício para aqueles que chegavam pedindo-nos uma formação em saúde mental. Permitia aos estagiários uma verdadeira aproximação do trabalho institucional em suas diferentes entradas, no real desse encontro com os psicóticos, convivendo, relacionando-se com eles e com toda a equipe nas dificuldades implicadas nisso.

Ocorreu que esses estagiários, concluindo seu período de estágio, nos pediam ingresso no trabalho como acompanhantes terapêuticos. Criou-se, assim, uma trilha na formação para os que queriam ir adiante conosco no trabalho. Estava configurada uma via da formação em que se conjugam a prática na convivência, no cotidiano, interna e indissolúvel ao tratamento possível desses pacientes psicóticos, e o laço de trabalho com a equipe e a supervisão. Esse caminho de formação veio em resposta a uma demanda produzida pelo trabalho no estágio, sendo mais uma possibilidade de seguimento em que, antes, somente a Residência de Saúde Mental ocupava lugar. Essa demanda de continuidade da formação, criada a partir do laço com a direção de trabalho vivida nos estágios, cresceu.

É nesse contexto que alunos estagiários foram introduzidos no trabalho, algo que implicou uma responsabilidade das próprias equipes quanto à formação profissional. Desse modo, se impôs às equipes um trabalho a respeito do que as orienta nas decisões, intervenções e direcionamentos dos tratamentos, exigindo a exposição da perspectiva de cada um quanto à sua prática. A equipe em sua formação articula-se à equipe como formadora.

Lembremos que, para o SUS, é preconizada a formação de seus trabalhadores

articulando as instituições de ensino (a partir da chamada Educação Permanente) aos dispositivos de assistência. Isso implica em atividades que não se dão apenas na sala de aula, mas também em dispositivos de formação em serviço. Esta orientação é produtora de modificações consistentes nos currículos acadêmicos dos cursos superiores, exigindo cada vez mais estágios em práticas em Serviço do SUS. Vemos assim uma circularidade interessante ocorrer, do serviço à academia, da academia ao serviço.

É importante ainda mencionar que embora o trabalho do AT tenha despertado um interesse inicial prioritariamente em psicólogos, com seu desenvolvimento recebemos também muitos profissionais de enfermagem e do serviço social – vimos emergir uma multiprofissionalidade, tão relevante para o campo da saúde mental. A prática do AT se constituiu, nesse sentido, ao mesmo tempo, como um lugar de formação e de trabalho profissional. Para muitos, um primeiro emprego, uma passagem da vida de estudante para o trabalho.

Criou-se, assim, um espaço de supervisão para esses novos ATs e estipulou-se um tempo para esse trabalho se dar: de um a dois anos. O fato de não ser um lugar de longa permanência evita o amortecimento produzido por familiaridades excessivas, que por vezes impedem a sustentação de discordâncias e desconfortos inerentes às discussões na equipe. Porém, isso também cria outras dificuldades. Temos vivido repetidamente nessa circulação na equipe um recomeçar dessa formação, a cada tempo, a cada vez. Quando a equipe está funcionando bem, um percurso tendo sido feito, uma maturação se nota; mas logo é hora do acompanhante terapêutico ir embora e seguir seu caminho em outros serviços da rede, ocupando outros lugares. Então, recomeça-se com outros.

Em levantamento realizado ao longo desses anos de experiência, contamos com pouco mais de 200 acompanhantes terapêuticos. Aproximadamente 50% desses profissionais seguiram como acompanhantes terapêuticos nos serviços da rede de saúde mental que passaram a integrar. Vemos assim essa passagem levada adiante.

CONCLUSÃO

A contribuição da prática do AT no contexto da reforma psiquiátrica se faz notar. Investe-se no trabalho da internação como uma retomada de sua importância, como parte do tratamento e como tempo crucial para a vida desses pacientes assolados pela crise, pelo surto, separados da possibilidade de acolhimento pelo seu entorno, nos diversos aparatos extra-hospitalares.

No contexto de Niterói, a internação ainda é uma realidade existente, apesar do evidente avanço da assistência aos pacientes psiquiátricos em âmbito comunitário, em consonância com as discussões nas últimas décadas no Brasil. Na prerrogativa da redução dos leitos de internação psiquiátrica e sua substituição por novos dispositivos vimos o redirecionamento de recursos públicos às iniciativas extra-hospitalares, fundamentado na crítica ao manicômio e ao modelo hospitalocêntrico, como bem descreve Fernando Tenório:

Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica. (TENÓRIO, 2001).

Vivemos no Hospital de Jurujuba a experiência desta tentativa de aperfeiçoamento do trabalho de assistência na internação, mencionada por Tenório. Deste modo, este investimento pareceria controverso, senão contraditório ao proposto na política nacional de saúde mental, se não fosse a seguinte observação: ao lado do real da prática clínica, acompanhando os pacientes psicóticos na travessia de seus tormentos, por vezes mortíferos, será necessário reconhecer tempos em que suas impossibilidades, suas necessidades de proteção, acolhimento, e acompanhamento intensivo se colocam. Em Niterói, o dispositivo para responder a tal circunstância é o hospital psiquiátrico de Jurujuba, fato que impõe responsabilidades com estes pacientes. O AT neste contexto é uma iniciativa que permite tornar esse momento tão difícil em algo mais acolhedor, considerando nesse tempo de tratamento, no real da impossibilidade psicótica, suas potencialidades, nem sempre legíveis no contexto da vida hospitalar.

O aclamado lema “Por uma sociedade sem manicômios” tende a ser lido e, por vezes, assimilado como “Por uma sociedade sem internação”. É uma questão, havendo quem defenda tal posição mais radical. Em nosso caso, a experiência do AT no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, unidade pública de assistência psiquiátrica, demonstra uma conjugação de esforços. De um lado, a urgência da criação de modos de resposta a esse tempo do tratamento de pacientes graves psicóticos na internação; de outro, uma formação profissional não distanciada do que se produz nesse momento, ou seja, da radical irrupção da palavra psicótica e o desafio de reconhecê-la e respeitá-la.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2003. Aplica ‘os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)’ como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

CZERMAK, M. (2012). Voz sem palavras e palavras sem voz. In: **Patronímias- Questões da clínica lacaniana das psicoses**. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano. p. 185-188.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (org.), 1991. **A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo. Escuta.

FIORATI, R.C. (2016). **Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica**. Dissertação de mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GRYNER, S. **Psicanálise e social: reflexões sobre as possibilidades de intervenção junto a profissionais da saúde**, In: <http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=42>. Acesso em 20 dez. 2014.

LACAN, J. (1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose, In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (1998). p. 537-590.

LACAN, J (1957-58). As formações do inconsciente, In: _____. **O Seminário, livro 5**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (1999). p. 471.

MAUER, S.K. e RESNIZKY, S. (1987). **Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos**. Campinas, Papirus.

TENÓRIO, F. (2001). **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Rios Ambiciosos. p. 33.