

230

C ACOMPANHANTE TERAPÉUTICO

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

BEATRIZ HORNBURG

CLÁUDIA MARIA DE BARROS

Trabalho apresentado ao Departamento de
Clínica Médica por ocasião da Conclusão
do Curso de Graduação em Medicina - 12^a
fase.

ORIENTADORES: Dra. Estelita Helena Schames Pinheiro
Dr. Pedro Largura

Florianópolis, Novembro de 1990.

Dr. Zwickler.

AGRADECIMENTOS

- À Dra. Estelita H. S. Pinheiro por seu carinho, compreensão, paciência e, acima de tudo, por sua amizade.

- Ao Dr. Pedro Largura, por sua disponibilidade e apoio.

- Ao Dr. Júlio Cesar Gonçalves pela assistência prestada durante uma etapa importante deste trabalho.

- À Neide Maria Broering por seu entusiasmo e apoio a este trabalho.

- À Rose pelo excelente trabalho de datilografia e por sua calma.

- Às nossas famílias por seu amor, que se faz mais intenso nos momentos difíceis.

À Estelita, que nos mostrou o
quanto a psiquiatria pode ser mara-
vilhosa e entusiasmante.

RESUMO

A sociedade, ainda hoje, tende a estigmatizar e isolar os indivíduos com distúrbio mental. Embora isto esteja mudando gradualmente, grande parte destes pacientes são tratados em instituições psiquiátricas, longe do meio ao qual pertencem.

A equipe interdisciplinar com acompanhante terapêutico, propõe técnicas de abordagem terapêutica que procuram reconduzir o paciente ao meio familiar quando estiver internado, e a tratá-lo bem como sua família dentro do seu próprio meio ambiente.

Através de estudo descritivo com relato de caso de uma paciente com distúrbio mental importante, expõe-se as funções e atribuições do acompanhante terapêutico bem como as condições para desempenhar este papel.

Conclui-se que esta técnica de abordagem terapêutica atingiu alguns de seus objetivos neste caso.

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMO	5
1 - INTRODUÇÃO	7
2 - MATERIAL E MÉTODOS	11
3 - RELATO DO CASO	12
4 - FUNÇÕES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO	18
5 - DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO- PACIENTE	22
6 - EVOLUÇÃO SUMÁRIA DO CASO	25
7 - CONDIÇÕES PARA SER ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO	27
8 - CONCLUSÃO	31
9 - ABSTRACT	32
10 - BIBLIOGRAFIA	33

1 - INTRODUÇÃO

A sociedade, durante muito tempo, não aceitava o enfermo mental como parte de si e isolava-o. A história da psiquiatria ilustra este fato: em 1547 no Hospital de Bethlehen (convento em 1247) em Londres, as vezes era permitido ao público visitar o hospital para que pudesse divertir-se a custa dos olhares e das graças dos internos⁶. No século XVII os doentes mentais eram acorrentados e trancados em masmorras⁷.

Nos séculos XVIII e XIX, prostitutas, bandidos, mendigos e doentes mentais eram todos, sem distinção, encerrados juntos^{4,7}. No início deste século havia os hospitais psiquiátricos, com sua superlotação e suas condições precárias de tratamento, alguns dos quais persistem até hoje⁷.

Ao longo da história, o indivíduo com distúrbios mentais era privado da vida em comunidade e estigmatizado. Portanto, deve-se propor formas de tratamento que consideram o indivíduo em crise como um ser humano que sofre e que para isto pode haver tratamento, aceitação e capacidade de convivência com os que o rodeiam⁴.

Giovanni Berlinguer apud Mauer & Resnizki em seu livro

Psiquiatria y Poder cita que: "numa comunidade que vive nos limites entre Estados Unidos e Canadá (os Hutteritas) se observou que eram muito escassas as internações por enfermidades mentais. Descobriu-se que a causa residia no modo como esta população tratava os doentes: com simpatia, com humanidade, mantendo-os no seio da família, poupando-os de responsabilidades excessivas, mas encarregando-os de certos trabalhos adaptados para eles. Da mesma forma, até as psicopatias mais evidentes se manifestavam com sintomas de menor agressividade". Quando os recursos terapêuticos deixam de ser coersitivos passam a ser funcionais, a reclusão resulta desnecessária e a convivência é possível⁴. Então, mantendo o indivíduo em crise em seu meio, procurando compreendê-lo em suas diversas manifestações e acompanhando-o em seus temores e desesperos, acaba-se com o abismo existente entre sãos e doentes⁴.

Segundo Franco Basaglia tanto o manicômio quanto a prisão são instituições do Estado que servem para manter limites aos desvios humanos; para marginalizar o que está excluído da sociedade. Em oposição a isto, Basaglia abriu as portas dos manicômios de Gorizia e Trieste, transformando-os em Centro de Saúde Mental e devolvendo os pacientes ao seu meio. A comunidade começou a participar do tratamento de seus doentes².

Geralmente, onde há um indivíduo com distúrbios mentais todo o seu meio familiar está, de alguma forma, comprometido⁴. Portanto, é importante que seja tratado tanto o paciente como sua família com o objetivo de modificar o meio de onde foi gerado ou esteja o conflito a fim de torná-lo mais saudável⁴. A internação deve ser criteriosamente indicada, priorizando-se

os casos de risco. Em face disto, atualmente, vem se procurando reformular o antigo sistema hospitalar psiquiátrico, para um modelo mais moderno no qual são formadas equipes interdisciplinares; em alguns hospitais gerais existem unidades de internação e ambulatórios psiquiátricos, demonstrando a maior aproximação da psiquiatria com a medicina geral.

A equipe interdisciplinar é formada por profissionais de várias áreas, e é neste contexto que se insere o acompanhante terapêutico.

A história do acompanhante terapêutico teve início há aproximadamente 18 anos na Argentina, época em que Eduardo Kalina montou sua equipe de abordagem múltipla (CETAMP - Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltipla, dirigido por El Dr. Eduardo Kalina). Esta equipe passou a tratar de pacientes gravemente em crise e ou cujos outros meios de abordagem haviam falhado e que manifestavam resistência a terapia⁴.

Optou-se então, tratar o paciente de maneira que ele não tivesse que sair do seu meio-ambiente, ou tentar criar um novo meio-ambiente terapêutico para que não houvesse choque de adaptação. Para que fosse possível realizar esta proposta era necessário penetrar no cotidiano do paciente, observando seu modo de vida, conhecendo seus amigos, atentando para as relações familiares ou indo à escola e conversando com diretores e professores quando necessário⁴.

Surge então quem Eduardo Kalina denominou a princípio de "amigo qualificado" para servir de interligação entre paciente e seu meio, sua família e a equipe terapêutica. Porém esta de-

nominação acentuava muito o lado amistoso-afetivo do vínculo com o paciente, gerando uma certa confusão quanto ao papel a ser desempenhado. A denominação de acompanhante terapêutico traduz qual é sua função, ou seja, participar do processo terapêutico que foi indicado ao paciente. É claro que poderá se desenvolver um vínculo muito forte entre o paciente e o acompanhante terapêutico, mas este não é exatamente seu amigo. De início funcionou na prática privada, sendo posteriormente incorporado ao serviço público, bem como difundido a outros países⁴.

Defini-se por acompanhante terapêutico, o indivíduo que faz parte de uma equipe terapêutica, cumprindo um trabalho fundamentalmente assistencial com o paciente em crise e sua família. O acompanhante terapêutico está sempre inserido dentro de uma equipe, participando ativamente tanto do processo diagnóstico como do processo terapêutico. Atuará como elo de integração entre paciente, família e equipe⁴.

1.1 - Objetivo do Trabalho.

Este trabalho tem o seguinte objetivo:

- Através de relato de caso clínico, conceituar e expor as funções e atribuições do acompanhante terapêutico.

2 - MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo da utilização da técnica de acompanhante terapêutico através de relato de um caso clínico.

No presente caso, um paciente foi atendido por uma equipe multidisciplinar composta de dois psiquiatras, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, que optaram por uma técnica não tradicional de terapia que se utiliza de uma pessoa que atua como acompanhante terapêutico.

O acompanhante terapêutico, uma das autoras do presente relato, atuou neste caso clínico por um período de 8 meses (05/12/88 a 11/08/89), em que manteve com o paciente, 3 encontros semanais com uma hora de duração. Primeiramente, os encontros se davam no hospital e após a alta o acompanhante terapêutico atuou junto aos afazeres diários da paciente.

Durante todo este período o acompanhante terapêutico tinha supervisão semanal com os psiquiatras da equipe.

3 - RELATO DO CASO

3.1 - Identificação.

C.H.P., 24 anos, feminino, branca, solteira, escolaridade: 1º grau completo, sem profissão, brasileira, natural e procedente de Florianópolis.

3.2 - Aspecto da Paciente.

Possui cabelos castanhos, olhos castanho-esverdeados e compleição robusta. Veste-se de forma inadequada à sua idade e condição sócio-econômica, e sem asseio pessoal. Fala normalmente numa mistura de português com espanhol.

3.3 - Motivo da Internação.

Convivência familiar difícil com agressividade com familiares e distúrbio de conduta.

3.4 - História da Doença Atual.

A paciente é filha única e mora com os pais. A família possui nível sócio-econômico de muito bom padrão.

A mãe tem 60 anos, é chilena, chegou ao Brasil depois de adulta e fala normalmente em espanhol. Veste-se inadequadamen-

te à sua condição sócio-econômica. Afirma ser uma pessoa ativa, inteligente, de raciocínio rápido e capaz de entender tudo.

O pai tem 65 anos, natural da Áustria, veio ao Brasil quando pequeno e ainda fala alemão. Também não se veste de acordo com sua condição sócio-econômica. É calmo, do tipo passivo, raramente manifesta-se sem que seja solicitado.

Há alguns anos a paciente vinha tendo uma convivência difícil com os pais, apresentando várias manias que desencadeavam a irritação nos pais e muitos atritos. Poucos meses antes do atendimento a família trocou de moradia e a paciente recusou-se a sair da casa, permanecendo em seu quarto. Os novos donos da casa resolveram demolir a construção e mesmo assim a paciente permanecia lá. Foi-lhe permitido que ficasse em seu quarto enquanto eram demolidas as outras peças da casa. Quando não havia mais telhado e todas as paredes estavam no chão, exceto as do quarto da paciente, os pais chamaram um pronto atendimento psiquiátrico e a paciente foi internada pela primeira vez.

Durante a internação mostrou-se agressiva e agitada, de difícil sedação, algumas vezes necessitando ser imobilizada. Assim que houve diminuição do quadro agressivo a paciente recebeu alta a pedido dos pais e foi encaminhada a um psiquiatra de ambulatório.

Após esta internação as relações familiares continuaram conturbadas. Havia conduta inadequada da paciente, como por exemplo: perguntava várias vezes a mesma coisa de forma este-

reotipada; encostava o pé direito na perna esquerda quando andava; quando alguém limpava os pés antes de entrar em casa, ficava longe esperando baixar o pó para depois entrar; e atirava fezes pela janela. Havia, também, conduta inadequada dos pais que gritavam o tempo todo com a paciente chamando-a de louca retardada. A paciente tornou-se cada vez mais agressiva com os familiares, inclusive fisicamente, e recursava-se a tomar a medicação prescrita. Os pais, por orientação do psiquiatra, novamente recorreram ao pronto atendimento psiquiátrico, internando a paciente.

3.5 - História Passada.

Segundo relato de C.H.P. e dos pais, durante os primeiros anos de vida a paciente apresentou desenvolvimento neuropsicomotor lento: sentou tarde, falou com 3 anos e controlou os esfíncteres com 5 anos; usou fralda até esta idade. Devido a este atraso no desenvolvimento a família consultou um neurologista, foram feitos exames e diagnosticado "retardo mental" (SIC).

Na escola a paciente mostrava dificuldade de aprendizado. Mantinha-se isolada dos outros alunos e tinha poucas amizades, Era ciumenta e desconfiada; suas amigas só podiam dar atenção a ela, e quando brincavam com outros C.H.P. logo cortava o relacionamento, dizendo que estavam falando mal dela.

Ao completar o primeiro grau a paciente abandonou os estudos, e recusou-se terminantemente voltar a estudar. Começou então, a evidenciar-se algumas manias: tudo ao seu redor devia ser extremamente limpo; verificava se havia pó nos móveis o tempo todo; costumava dormir de roupa no sofá da sala e tran-

car os pais no quarto, abrindo a porta só no dia seguinte; vigiava-os o tempo todo, seguindo-se onde quer que fossem; tinha costume de sapater e tomava banho esporadicamente. Esse quadro foi se arrastando, tornando a convivência social difícil.

Na família há vários membros com comportamento sugestivo de distúrbio mental. A avó materna esteve internada em hospital psiquiátrico.

3.6 - Exame das Funções do Ego.

- Atenção: hipervigio e hipotenaz. (Exemplo: controla todos os movimentos da casa não conseguindo concentra-se em atividades simples como lavar a louça).

- Senso percepção: sem alterações.

- Memória: sem alterações.

- Orientação: orientada no tempo, espaço e pessoa.

- Consciência: lúcida.

- Pensamento: velocidade e curso sem alterações; conteúdo: idéias paranóicas ("falam de mim pelas costas"); idéias obsessivas ("após lavar as mãos não pode secá-las").

- Inteligência: não foi feito a testagem, mas clinicamente mostra-se com dificuldades para entender conteúdos bem simples assim como sua capacidade de abstração é pobre.

- Afeto: hipomodulada durante a maior parte do tempo, apresentando momentos de raiva intensa (quando briga com seus

pais, chora e grita).

- Conduta: estereotipada, cumprindo vários rituais, chegando a níveis bizarros (não seca as mãos e colocá-as em forma específica para que a água escorra; antes de usar qualquer tipo de louça esta tem que ser lavada; veste-se com roupas da mãe exclusivamente, tendo suas roupas trancadas em um quarto; mantém seu quarto fechado e dorme na sala; não aceitando trocar de moradia, permaneceu morando na casa antiga até que esta estivesse quase toda demolida).

- Juízo: não tem juízo crítico de sua condição ("eu não preciso de tratamento. Quem não é um pouco nervoso? São coisas da vida").

3.7 - Hipótese Diagnóstica.

- Deficiência mental limítrofe;
- Distúrbio obsessivo compulsivo grave com níveis de conduta psicótica.

3.8 - Conduta.

- a) Fazer psicoterapia de apoio com a paciente;
- b) Orientação familiar;
- c) Formação de equipe terapêutica com acompanhante terapêutico regular em encontros de 1 hora de duração três vezes por semana;
- d) Medicação: - clorpromazina - 200 mg/dia;
- clorimipramina - 80 mg/dia.

Observação: Na segunda internação os pais estavam a ponto

de asilar a paciente em regime permanente. Formou-se então, uma equipe com dois psiquiatras, um hospitalar e outro ambulatorial, um acompanhante terapêutico e o pessoal de enfermagem, havendo uma constante troca de informações entre os membros do grupo.

O acompanhante terapêutico entrou em contato com a paciente durante sua internação hospitalar. Encontrou uma pessoa sofrida, de aspecto mal cuidado, bastante angustiada pela internação e solicitando alta.

4 - FUNÇÕES DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

Ser continente para a ansiedade, angústia e temores do paciente é uma das funções primordiais do acompanhante terapêutico⁴. Um exemplo de continente aconteceu no segundo encontro do acompanhante terapêutico com a paciente durante o período de internação. A paciente solicitou ao acompanhante terapêutico se este poderia intervir junto ao médico responsável, dizendo que ela estava bem e que poderia ter alta. Foi-lhe dito que a alta seria uma decisão do médico com ela. A paciente continuou a insistir e, diante da mesma resposta várias vezes, começou a se exaltar. O acompanhante terapêutico manteve-se tranqüilo diante da ansiedade da paciente, e pediu a esta que diminuísse o tom de voz e se acalmasse. A exemplo da atitude do acompanhante terapêutico a paciente passou a falar em tom moderado, referindo-se a outros assuntos. Ao final do encontro a paciente despediu-se do acompanhante terapêutico com beijos no rosto, demonstrando afetividade.

O paciente em crise, reage diante das mais diversas situações de maneira estereotipada, com pouco discernimento da realidade externa. Diante deste aspecto, o acompanhante terapêutico vem a servir de modelo de identificação ao paciente,

mostrando as diversas formas de reagir a diferentes estímulos. É um ponto de referência para o indivíduo em crise, servindo também como "ego auxiliar". O acompanhante terapêutico vai atuar como ego auxiliar do paciente ajudando-o a organizar-se em suas tarefas diárias, ou até tomando decisões caso o paciente não esteja em condições de fazê-lo⁴. Um exemplo desta função de acompanhante terapêutico ocorreu da seguinte forma: a paciente vestia-se com roupas velhas de sua mãe e sem asseio. Aos poucos, com o fortalecimento do vínculo, o acompanhante terapêutico começou a pentear a paciente a maquiá-la, sendo que esta sentia-se bem depois de arrumada. Nos encontros seguintes a paciente começou a tomar banho regularmente e vestir-se com mais asseio e penteava-se sozinha.

O acompanhante terapêutico deverá, também, tentar perceber o lado prático e criativo do paciente, procurando atividades que lhes despertem o interesse. Dessa forma, o acompanhante terapêutico irá trabalhar com as áreas mais organizadas do paciente mostrando o seu lado positivo e neutralizando suas ansiedades através da atividade prática⁴. A paciente em questão necessitava de algo que desviasse sua atenção da vigilância aos pais e ao mesmo a gratificasse em sua produção. Então o acompanhante terapêutico, certo dia, resolveu levar palavras cruzadas ao encontro. Nas primeiras vezes a paciente mantinha-se dividida entre a resolução dos exercícios e a vigilância aos pais. A medida que ia conseguindo resolver os exercícios sozinha sentia-se menos ansiosa e diminuindo a necessidade de vigiá-los.

O acompanhante terapêutico encontra-se em estreito conta-

to com o paciente bem como com a equipe e podendo incrementar as informações sobre as características essenciais do paciente, seus hábitos, sua relação com familiares e amigos. Isto possibilitará à equipe um perfil vivo do paciente, que será fundamental para a sua compreensão global servindo como importante indicador diagnóstico⁴.

Outra função do acompanhante terapêutico é servir de representante do terapeuta, ou seja, estará mais tempo com o paciente e poderá aplicar as estratégias terapêuticas decididas pela equipe. Irá ajudar o paciente a elaborar e trabalhar as interpretações feitas pelo terapeuta inclusive repetindo-se⁴.

O acompanhante terapêutico atuará também como agente ressocializador, reconduzindo o paciente gravemente perturbado e distanciado da realidade a tomar contato com o meio que o rodeia; tarefa esta lenta e gradual⁴. Neste caso o aspecto de agente ressocializador pode ser assim exemplificado: depois de vários encontros em que o acompanhante terapêutico escolhia artigos ou pedia para que a paciente o fizesse, esta resolveu um dia, ler o jornal e discutir política, e saber o que era inflação.

Uma das funções mais importantes do acompanhante terapêutico é a de facilitar as relações do paciente com sua família, ampliando seus canais de comunicação⁴. Exemplo: o acompanhante terapêutico estava conversando com a paciente quando a mãe interrompeu a conversa dizendo:

- Mãe: sabe, este final de semana foi bem ruinzinho. C.H.P. quiz se meter na cozinha e me atrapalhou muito. Queria fazer

isto, fazer aquilo, e não fazia nada direito. Quando falei para limpar o pó das portas ela não quiz.

- Paciente: eu queria ficar na cozinha.
- Mãe: mas na cozinha você me atrapalhava.
- A.T.: Quem sabe combinamos agora uma refeição em que as duas saibam cozinhar o mesmo prato e possam trabalhar juntas.

5 - DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO-PACIENTE

O vínculo acompanhante terapêutico-paciente é importante para que se possa aplicar as alternativas terapêuticas e obter uma resposta satisfatória do paciente⁴.

Os contatos iniciais com o acompanhante terapêutico podem despertar ansiedade e desconfiança no paciente, pois uma pessoa estranha, parte da equipe terapêutica, passará a trabalhar quase que diariamente com ele⁴. Poderá haver então uma atitude de rejeição por parte do paciente com o acompanhante terapêutico como por exemplo, no caso em questão, nos primeiros encontros a paciente dizia que estava bem, que já tinha gente suficiente para cuidar dela e não precisava de mais ninguém.

Aos poucos acompanhante terapêutico e paciente vão se adaptando mutuamente. Neste período o acompanhante terapêutico deve procurar despertar o interesse do paciente para as atividades propostas. Dessa forma haverá consolidação e progressão do vínculo⁴. O exemplo deste caso é que: de uma posição de rejeição no início do acompanhamento C.H.P., posteriormente, permitiu uma maior aproximação do acompanhante terapêutico deixando que a penteasse.

A etapa de consolidação do vínculo é a que mais gera ansiedade tanto no acompanhante terapêutico quanto no paciente. A relação torna-se mais profunda e começa a haver questionamentos sobre o papel do acompanhante terapêutico⁴. Exemplo: o acompanhante terapêutico deve revelar fatos pessoais quando arguido pelo paciente? Como apresentar o paciente a um amigo que encontra na rua? Outro aspecto importante é a reação do acompanhante terapêutico frente as oscilações do paciente durante a evolução clínica. Nesta etapa do vínculo há maior perigo do acompanhante terapêutico confundir suas percepções da realidade com as do paciente. Frente a uma regressão, ou um não cumprimento do combinado com o acompanhante terapêutico, pode haver por parte deste sentimentos de culpa, raiva, decepção etc ...⁴. Estes sentimentos se fizeram presentes quando C.H.P., em certa ocasião, disse ao acompanhante terapêutico que confiasse nela, pois, estando a uma quadra de casa, despediria-se e iria embora sozinha. No encontro seguinte o acompanhante terapêutico ficou sabendo que a paciente não cumpriu o combinado, sentindo-se culpado e decepcionado por tê-la deixado sozinha na rua.

5.1 - Dinâmica Familiar e Finalização do Vínculo.

Para compreender a finalização do vínculo é necessário que se entenda a dinâmica familiar. A família é um sistema em constante transformação, que irá evoluir devido à sua capacidade de diminuir sua própria estabilidade e, posteriormente, recuperá-la através de uma reorganização de sua estrutura com novas bases¹. A família como um sistema aberto experimenta pressões em direção à mudança tanto internamente, através de

membros individuais da família satisfazendo as exigências de seus ciclos de vida, como externamente através das exigências sociais¹.

Em famílias onde qualquer alteração nas relações é percebida como ameaçadora, observa-se uma gradativa rigidez do esquema interacional presente e da função de cada membro. Os papéis tornam-se estanques e as interrelações estereotipadas com a concomitante evitação de experiências e informações novas e diferenciadas¹. Estas famílias que não conseguem adaptar-se às constantes transformações que sofrem, tendem a selecionar um membro para o qual canalizam o stress, as tensões e angústias¹. Passam, então a adotar um equilíbrio patológico para manter sua unidade. As funções de seus membros tornam-se imutáveis, ou seja, quem possui um distúrbio nunca deixará de possuí-lo e quem é normal sempre o será. A família manterá este equilíbrio a qualquer custo para que sua unidade seja preservada.

Levando em consideração a dinâmica familiar, não é de se surpreender que a finalização do vínculo acompanhante terapêutico-paciente nem sempre se dá de forma ideal, que seria uma desvinculação gradual, sem traumas para o paciente, onde este e sua família percebem que ele está apto para a alta. No entanto, na maioria das vezes, como neste caso estudado, isto não é possível, pois sentindo seu equilíbrio ameaçado a família tende a interromper o tratamento bruscamente.

6 - EVOLUÇÃO SUMÁRIA DO CASO

Durante a hospitalização iniciou-se o trabalho de acompanhamento terapêutico, que a princípio foi rejeitado pela paciente. Passado o período de desconfiança e rejeição, o vínculo acompanhante terapêutico-paciente tornou-se mais significativo. A paciente passou então de um estágio de contatos passivos em que por exemplo, apenas deixava o acompanhante terapêutico penteá-la e maquiá-la, a um processo de descoberta de sua capacidade onde ela mesma escolhia e discutia artigos de revistas. Houve uma melhora significativa durante a internação em relação aos vínculos familiares; da agressividade a paciente passou para um período de aceitação de carinhos pela mãe, mais tarde passando a retribuí-los.

A alta aconteceu de maneira gradual em presença do acompanhante terapêutico que buscava a paciente no hospital e a levava para casa, sendo que os pais a levavam de volta ao hospital. Depois da alta o acompanhante terapêutico começou a desenvolver atividades na casa da paciente.

Houve um período de boa melhora, em que a paciente conseguiu se desligar da vigília constante aos pais, e manifestou sua individualidade. Depois de algum tempo o trabalho de acom-

panhante terapêutico estacionou pois a paciente não correspondia mais as atividades, demonstrando pouco interesse. Nesta época os laços familiares voltaram a deteriorar e o acompanhante terapêutico foi afastado da terapia por decisão dos pais. Logo após começaram a apresentar dificuldades para seguir o acompanhamento com o psiquiatra ambulatorial, sendo sugerido então por este que se engajassem em um sistema de hospital-dia, ou seja, durante o dia a paciente ficava no hospital e a noite passava em casa. Mais tarde parou com este sistema de acompanhamento.

Feito contato com a família depois de seis meses de finalização do tratamento, constatou-se que a paciente não foi reinternada mas está sem acompanhamento psiquiátrico.

7 - CONDIÇÕES PARA SER ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

7.1 - Vocação Assistencial.

Independente do sexo é necessário que a pessoa escolhida ou que decida ser acompanhante terapêutico tenha grande interesse em lidar com pessoas em crise, e se disponha a entrar na vida dessas pessoas participando de seus momentos de desequilíbrio⁴.

7.2 - Trabalho em Equipe.

É necessário que haja disponibilidade e compromisso para trabalhar em equipe interdisciplinar, para discutir e planejar as alternativas terapêuticas adequadas à cada caso. Por outro lado, o acompanhante terapêutico deve ter autonomia e sentido de oportunidade para avaliar situações críticas, em que seja impossível consultar a equipe, para tomar alguma atitude⁴.

Exemplo: durante o passeio a paciente manifestou a necessidade de ir ao banheiro e disse que faria "xixi" na rua. O acompanhante terapêutico não teve tempo de consultar a equipe se devia ser firme em não permitir que a paciente fizesse suas necessidades em público. Fazendo uso de sua autonomia, optou por não deixar.

7.3 - Empatia.

O acompanhante terapêutico deve ter a disposição de sentir o que o paciente sente frente a determinadas situações, como se estivesse em seu lugar. Deve procurar despertar o interesse do paciente para que o vínculo estabelecido seja afetivo, firme e confiável⁴.

7.4 - Flexibilidade.

É a possibilidade de se adaptar a condições variáveis sem perder de vista as pautas e o enquadramento do trabalho; a ela se opõe a rigidez que empobrece os vínculos pela aplicação de modelos estereotipados⁴.

7.5 - Participação sem Julgamento.

Para que possa estabelecer bom vínculo com o paciente o acompanhante terapêutico deve penetrar em seu mundo, procurando compreender sua realidade sem que haja preconceitos ou julgamento. Situação esta que impediria a neutralidade necessária para o acompanhante terapêutico aproximar-se do paciente e ajudá-lo⁴.

7.6 - Pontualidade.

O acompanhante terapêutico deve comparecer sem atrasos aos encontros com o paciente, e as mudanças de horário devem ser muito bem discutidas com a equipe. Estas são situações de extrema ansiedade para o paciente que, frente a um atraso ou falta do acompanhante terapêutico, pode sentir-se rejeitado; isto, freqüentemente, causa um abalo no vínculo acompanhante

terapêutico-paciente⁴.

7.7 - Supervisão.

A supervisão do trabalho do acompanhante terapêutico é feita pela equipe terapêutica que irá orientá-lo durante o processo evolutivo do acompanhamento. Durante a supervisão o acompanhante terapêutico poderá esclarecer suas dúvidas em relação à terapêutica estabelecida e às estratégias a serem aplicadas. O acompanhante terapêutico irá necessitar de maior supervisão caso esteja ocorrendo abalos no vínculo com o paciente, ou situações especiais como por exemplo, problemas pessoais do acompanhante terapêutico.

Por vezes, até a própria equipe pode ter dificuldade com o manejo terapêutico dos pacientes, e também vir a necessitar de supervisão de uma pessoa que não esteja envolvida no trabalho. Sendo uma pessoa de fora, com bom nível de conhecimentos, experiência e neutralidade, proporcionará melhores condições para o funcionamento da equipe⁵.

7.8 - Seleção dos Acompanhantes Terapêuticos.

Para que se admita um acompanhante terapêutico deve-se levar em conta as condições supra citadas, que serão verificadas através de entrevistas. O acompanhante terapêutico deve estar disponível afetivamente, ou seja, não ter outro vínculo que suscite todo o seu interesse sem que haja espaço para o paciente (Exemplo: mãe com bebê lactente). Se estiver enfrentando um momento crítico de sua vida (Exemplo: hospitalização de familiar, como ocorreu neste caso), o indivíduo não estará

em seu melhor momento para ser acompanhante terapêutico⁴. Caso isso ocorra durante o processo terapêutico, o acompanhante terapêutico necessitará de maior supervisão para que possa manter o vínculo com o paciente e desempenhar sua tarefa.

As entrevistas de admissão são um instrumento que serve para proteger o paciente de estabelecer vínculos frustrantes, e o acompanhante terapêutico de realizar uma tarefa que, por não estar em condições, pode resultar-lhe prejudicial⁴.

8 - CONCLUSÃO

Conclui-se que a atividade de acompanhante terapêutico é bastante laboriosa, e necessita de grande empenho por parte de quem se dispõe a exercê-la.

A supervisão com a equipe terapêutica é fundamental para o bom desempenho das funções do acompanhante terapêutico, e para que este não se confunda com a realidade do paciente.

No caso estudado os objetivos da equipe e do acompanhante terapêutico foram cumpridos: a paciente foi reconduzida gradualmente do ambiente hospitalar para o meio familiar; proporcionou uma readaptação da paciente com sua família; evitou assim o asilamento da paciente.

9 - ABSTRACT

The society, until this days, tends to stigmatize and apart people whit mind disturb. Although this facts is gradually changing a great portion of these patients are treating in psychiatric hospitals, far away from their environment.

The psychiatric team whit therapeutic-fellow, propose thecniques of therapeutic aproach that search to return the patient whit mind disturb to the familiar surrounding and treat both in their own environment.

Though discriptive study whit case relate of a patient whit important mind disturb, we expose the activities and atributtions of the therapeutic-fellow, also the conditions to play the part of therapeutic-fellow.

We concluded that this thecnique of therapeutic aproach reached some of its objectives in this case.

10 - BIBLIOGRAFIA

1. ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, D.; NICOLO-CORICLIANO, D.M. Por trás da máscara familiar: um novo enfoque da terapia familiar. Cap. 1. Porto Alegre:Artes Médicas, 1984.
2. BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil - Coletânea de Conferências da Franco Basaglia no Brasil em 1979. Editadas por Darcy Antonio Portolese, Gabriel Roberto Figueiredo e Pedro Mascarenhas. São Paulo, Editora Brasil Debates Ltda., 1979. p. 7-11 e 13-61.
3. KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3. ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1984, Cap. 4.
4. MAUER, S.K. & RESNIZKY, S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. São Paulo:Papirus, 1987. Cap. I, II, IX.
5. ROTTA, G. & ROTTA, C.T. Funcionamento da equipe psiquiátrica. J. Bras. Psiq., 29(3):189-192, 1980.
6. SOLOMON, P. & PATCH, V.D. Manual de psiquiatria. São Paulo:Atheneu Editora, 1975. Cap. I.
7. SZASZ, T.S. A fabricação da loucura. Rio de Janeiro:Editora Guanabara, 1984. Cap. 15.

O ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

ERRATA

- Pág. 15

2^a linha: onde lê-se: seguindo-se

leia-se: seguindo-os

3^a linha: onde lê-se: sapater e espoeadicamente

leia-se: sapatear e esporadicamente.

Exame das Funções do Ego

- Pensamento: velocidade e curso sem alterações;

conteúdo: idéias paranôicas ("falam de mim pelas costas");

onde lê-se paranôicas, leia-se - idéias paranoides.

- Pág. 30

3º Parágrafo: onde lê-se: no caso estudado, os objetivos da equipe do acompanhante terapêutico foram cumpridos:

leia-se: no caso estudado, alguns dos objetivos do acompanhante terapêutico e da equipe foram cumpridos.

- Pág. 31

3º Parágrafo: onde lê-se: though

leia-se: through

4º Parágrafo: onde lê-se: reach

leia-se: reached.

TCC
UFSC
CM
0230

N.Cham. TCC UFSC CM 0230
Autor: Hornburg, Beatriz
Título: O acompanhante terapêutico..



972814834 Ac. 253419

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM