

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
EDUCASAÚDE/FACED
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Fernanda Schmidt

**CONHECER O PROCESSO HISTÓRICO DE TRABALHO DOS
ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS NA REDE PÚBLICA, A PARTIR DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

Porto Alegre
2012

Fernanda Schmidt

**CONHECER O PROCESSO HISTÓRICO DE TRABALHO DOS
ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS NA REDE PÚBLICA, A PARTIR DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito para
obtenção do título de Especialista em
Educação em Saúde Mental Coletiva

Orientadora: Károl Veiga Cabral

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

A minha filha Luiza, por me servir de inspiração em todos os momentos de fraqueza e por me mostrar através de um simples sorriso sem dentes que o amor é o mais nobre de todos os sentimentos.

Ao meu amor Jones, com quem tenho a felicidade de compartilhar a vida e os sonhos, pelo carinho, paciência e compreensão.

A minha mãe Hildegart, que me ensinou, pelos exemplos, que a vida é um eterno desafio, e através da coragem e determinação é possível vencê-los.

A minha orientadora Károl Veiga Cabral, pela compreensão, por ter me recebido com todo carinho e pelo profissionalismo que dedicou a conclusão desse trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	9
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	10
3.2 4ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL COMO DIRETRIZ PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS	13
3.3 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	17
3.4 ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL	19
3.4.1 Porto Alegre	20
3.4.1 Viamão	21
3.4.1 São Lourenço	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho apontamos a construção do trabalhador acompanhante terapêutico na rede de saúde pública a partir de um levantamento de dados históricos considerados relevantes e que constituíram formas distintas de pensar e operar o AT na atualidade. Apresentaremos uma contextualização histórica do Acompanhamento Terapêutico que emergiu sob influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A Reforma Psiquiátrica, mais especificamente quando esta aparece pela assim chamada Luta Antimanicomial, movimento este que produziu alterações significativas no estatuto de condutas médicas, psicológicas e jurídicas no Rio Grande do Sul e no Brasil.

Conforme Amorim (2009), a desinstitucionalização é vista como a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial para além dos muros dos hospícios e a construção de novas realidades políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura. Se faz necessário renunciar à perseguição da cura, na relação problema-solução, tomando como objeto a existência-sofrimento. Assim, a ênfase não é mais colocada no processo de cura no sentido da vida produtiva, mas na reprodução social do usuário através da utilização das formas e dos espaços coletivos de convivência dispersa, ou seja, é em suma a luta pela cidadania do louco que está em jogo no processo de reforma. A saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos desde princípios biomédicos e regulados pelo Estado, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas

singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam (GUIMARÃES, et al, 2001).

Consideramos que a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização tratam de repensar o modelo assistencial, o fazer dos trabalhadores de saúde mental, as instituições jurídicas, a relação da sociedade como um todo, com o indivíduo em sofrimento psíquico e suas demandas. Entendemos que o Acompanhamento Terapêutico constitui-se como dispositivo complementar e que contribui para a efetivação destas (da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial) e, neste sentido, tem estreita ligação para com estas. Conforme nos afirma Ghertman:

“dentro da cena da saúde mental moderna o AT já aparece como peça fundamental na ajuda à desinstitucionalização de pacientes crônicos” Ghertman (1997, p.233).

O acompanhamento terapêutico na rede pública tem como base a clínica transformada, porosa à política, à cidade, implicada numa prática que se quer transdisciplinar, às voltas com os enigmas e desafios do tratamento da psicose fora dos muros do manicômio (PALOMBINI, 2004).

Em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a experiência em torno do acompanhamento terapêutico na rede pública somente pôde surgir no contexto de uma política de saúde mental que pôs em obra a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio (PALOMBINI, BELLOC E CABRAL, 2005). E o AT só pode surgir como ferramenta ou dispositivo da desinstitucionalização da loucura com o advento da reforma, foi necessário questionar o modelo manicomial para poder desconstruí-lo e propor outra forma de resposta a questão da loucura.

Essa política, malgrado as conjunturas que lhe são ora mais ora menos adversas, tem se sustentado do esforço de cada um dos que por ela militam, sejam gestores, trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde mental, que vêem como inaceitáveis as condições de isolamento em que foi concebida em seus primórdios, e perdurou durante séculos, uma terapêutica da loucura. A cidade, e não mais o asilo,

é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada (PALOMBINI,2006).

Como objetivo geral tem-se:

Conhecer o processo histórico do trabalho dos acompanhantes terapêuticos na rede pública, a partir da Reforma Psiquiátrica.

Objetivos específicos:

- a) Relatar o processo de desinstitucionalização até a implantação de acompanhantes terapêuticos da rede pública no Rio grande do Sul;

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e de artigos científicos. Embora em todas as pesquisas seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

A pesquisa bibliográfica abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo desde publicações avulsas (boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografia, teses, material cartográfico) até meios de comunicação oral (rádio, gravações em fita magnética, filmes e televisão). Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma (BELL, 2008).

É importante ressaltar que a pesquisa bibliográfica não deve ser a mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas deve propiciar o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

A análise e a interpretação do material bibliográfico coletado, compreende primeiramente a crítica a ser feita pelo pesquisador, a interpretação exige que o pesquisador exponha o verdadeiro significado das informações coletadas. O relatório é o “produto” resultante de todo o processo da pesquisa. É um texto construído pelo pesquisador, no qual ele procura mostrar de forma articulada “aos outros”, o que descobriu, produziu, inventou, a partir da sua pesquisa (MINAYO, 2004).

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos dez anos avançou na assistência e no tratamento aos portadores de transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica, iniciada há cerca de 20 anos, foi formalizada pela Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. (BRASIL, 2011; BRITTO, 2004).

No Rio Grande do Sul a lei nº 9716 de 07 de agosto de 1992, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

Britto (2004) ressalta que a referida lei reconhece a pessoa com transtorno mental como cidadã e como sujeito de direito.

A partir da promulgação dessa lei, instigou-se a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco da hospitalização como central ou como única possibilidade de tratamento aos usuários (BRASIL, 2011).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início há várias décadas. Entretanto somente em 1990, com a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, que a Reforma Psiquiátrica começou a ganhar forças.

Além disso, nesse mesmo período entraram em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentaram a implantação de serviços de atenção diária, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (GONÇALVES e SENA, 2001).

Isso ocorreu em virtude do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. (BRASIL, 2005; GONÇALVES e SENA, 2001).

Contudo, conforme cita Brasil (2005) somente com a promulgação da Lei n.º 10.216/2001 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar e ganha maior sustentação e visibilidade.

Diante disso, ações específicas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos, com o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico. Foram também criados novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde ressalta que a Reforma Psiquiátrica concerne a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, que assegura o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Significa a mudança do modelo de tratamento, substituindo o lugar do isolamento, para o convívio com a família e com a comunidade. Neste contexto, os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. Ou seja, em substituição ao modelo hospitalocêntrico deve-se criar uma rede de serviços na cidade o mais perto possível do cidadão, por isso faz-se necessário o trabalho na atenção básica com saúde mental.

No Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, o primeiro serviço próprio municipal em saúde mental foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, iniciando suas atividades no ano de 1990 em um esforço de não deixar reingressar na

internação psiquiátrica pública um grupo de 50 cidadãos que perderiam seu vínculo de usuários em uma clínica privada pelo descredenciamento com a previdência social (CECCIN & SILVA, 2009).

Um dos conceitos importantes no processo da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização que é um processo que implica em desmontar a relação problema/solução, utilizada para tratar a loucura, surge a necessidade de reverter este processo. Desinstitucionalizar, implica em desmontar a solução institucional existente no paradigma médico para remontar o problema da relação com a diferença que o louco apresenta (ROTELLI, 2001).

Baptista (2003) aponta a diferenciação entre desinstitucionalização e desospitalização. Para este autor a desospitalização é o desmonte gradativo do hospital psiquiátrico, visto como uma estratégia importante no processo de reformulação do tratamento. Já a desinstitucionalização é vista como um processo amplo de desnaturalização das lógicas. É preciso desinstitucionalizar práticas de cuidado, posturas e olhares. O que nos demonstra que desinstitucionalizar não é o mesmo que desospitalizar. As principais críticas à Reforma Psiquiátrica vem de processos nos quais se fez apenas desospitalização “devolvendo” o louco a rua sem nenhum trabalho de acompanhamento e de reinserção destas pessoas na vida das cidades.

Diante deste contexto, o governo federal introduziu no SUS novas ações complementares de tratamento aos brasileiros com transtornos mentais, inclusive aos dependentes químicos, sem desconsiderar a assistência hospitalar para os casos em que o diagnóstico médico aponta a necessidade de tratamento medicamentoso e internação, preconizando que as internações devam ser feitas em hospital geral (BRASIL, 2005). Além dos Centros de Atenção Psicossocial, a rede de atenção integrada em saúde mental também conta com a assistência oferecida pelas Equipes de Saúde da Família (aproximadamente 32 mil equipes em todo o país. Observa-se a importância do trabalho da atenção básica em saúde para qualificar e fazer chegar aos territórios de vida das pessoas, os processos de promoção e prevenção, mas também de acompanhamento de agravos em saúde, via o processo de matriciamento.

Cabe ressaltarmos que os avanços na rede de atenção em saúde mental e a aprovação da Lei n.º 10.216/2001 não significam que o processo de Reforma Psiquiátrica terminou. Precisamos participar diretamente envolvidos na prática da saúde mental e compreender esse modelo de atenção centrado na pessoa.

Isso requer o rompimento de paradigmas profissionais, pessoais, sociais e familiares, a fim de que todos os atores envolvidos no processo de cuidado ao portador de transtorno mental sejam participantes ativos e propiciem a humanização da atenção a essa clientela (BRASIL, 2005). É uma questão de mudança na cultura do lugar socialmente reservado ao louco.

3.2 4ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL COMO DIRETRIZ PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010. Mesmo com pouco tempo para sua organização, tendo em vista a amplitude de uma Conferência de Saúde Mental, que foi, pela primeira vez, intersetorial, houve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores.

O tema da IV Conferência *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”* permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorado a promulgação da Lei 10.216. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

Outros fatores delinearão-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSMI: a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a Reforma Psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha de mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral.

Para Ceccin & Silva (2009), a oportunidade de uma saúde mental em produção, no interior das redes sociais contemporâneas, onde a atenção psicossocial participa como nó ou enlace intersetorial, contribuindo à invenção das cidades invisíveis de dessegregação e inclusão, de desinstitucionalização e liberdade às subjetivações, de ressingularização permanente, de trama criativa pela aposta na vida. A aposta em uma pedagogia da cidade agrega tramas intersetoriais, é a aposta na construção de aprendizagens por redes de encontro, estabelecimento de laços sociais, emergência de territórios por comunidade de afetos com a vida, é a

aposta em uma pedagogia da zona, uma educação do lugar. Para estes autores, introduzir a noção de uma pedagogia da cidade é a compreensão da necessidade de produzir e operar fora das redes instituídas de cuidado à saúde, ver o seu fora e, ali ou aí, assumir a retomada dos processos de subjetivação, inclusive processos intensivos de vida e desrazão. Desta forma, a educação do lugar se apresenta, como desafio às saúdes e à ativação de pensamento pelos abalos do fora sobre o território estruturado da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida.

O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da Reforma Psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio.

Para tanto, é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos planos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.

Com essa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IVCNSMI) ratifica a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos

os atores no processo terapêutico; e acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede, por exemplo, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Assistência Social, Atenção Primária, Educação, compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a corresponsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores.

De modo especial, essas diretrizes implicam garantir, por um lado, a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares; e, por outro, a criação de espaços regulares de encontro entre esses atores, estimulando a realização de assembleias, buscando a participação contínua de todos nos espaços coletivos de discussão, com o objetivo de avaliar e planejar as ações dos serviços.

Nessa perspectiva, se faz necessário intensificar a discussão e consolidação da Política Nacional de Humanização, em todas as unidades da rede de serviços de saúde mental, e do cuidado e atenção à saúde mental dos trabalhadores do SUS.

Em paralelo, essas diretrizes exigem, também, fortalecer e promover a integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e de saúde mental dos municípios, além de outros setores da vida cidadã, objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida.

Por fim, a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica torna imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais, das associações de familiares e usuários nos serviços de saúde mental, em serviços da rede e na comunidade, instituindo movimentos para que o usuário possa ter garantido seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento. Além disso, requer que esses movimentos possam estabelecer interlocução com as políticas públicas, utilizando espaços de participação dos usuários assembleias, conselhos de saúde, associação de usuários e familiares, seminários, conferências e garantindo a responsabilidade social para com as pessoas com sofrimento psíquico.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para os temas: cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores; ações de atenção aos trabalhadores; incremento de ações intra e intersetoriais; e suportes específicos às ações de cuidado.

Proposta não avaliada pela plenária final: Garantir o aumento do repasse financeiro para contratação, via concurso público, de recursos humanos incluindo um psicólogo, assistente social e acompanhante terapêutico para todas equipes da estratégia de saúde da família.

Penso que através das Conferências de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica vai se consolidando e avançando, em 2010 foi o primeiro ano que a conferência foi intersetorial o que reafirma as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Constatou-se, entre outras, a necessidade de criação de políticas intersetoriais e ações concretas que de fato garantam a educação continuada, a capacitação e contratações de profissionais que atuam na rede pública de saúde mental, bem como informações e suportes as famílias dos usuário. Fica claro que os usuários terão seus direitos de cidadã garantidos no momento em que houver união entre os serviços de saúde, o usuário, os familiares e gestores no sentido de colocar em prática as políticas públicas.

3.3 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

No Brasil, o livro inaugural que vem colocar em cena o tema do AT foi publicado em 1991, pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, de São Paulo: *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. O livro compõe-se fundamentalmente de uma série de narrativas relacionadas à experiência do AT que, em boa parte, ainda que não façam uma articulação direta com o instrumental teórico aqui delineado, mantêm esse instrumental como pano de fundo sobre o qual se desenrolam as cenas narradas. Na seqüência desse livro, surgem outras produções escritas que, tentam transmitir a experiência do AT (PALOMBINI, 2005). Cabe ressaltar que a primeira publicação em língua portuguesa

que chega, é o manual das argentinas Mauer e Resniky “Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos”.

O AT tem se qualificado como uma modalidade de intervenção clínica nos últimos anos no Brasil e em outros países americanos. Distintas tem sido as palavras que o nomeiam e as vozes pelas quais fala, ou seja, as polifonias: a medicina psiquiátrica, as psicologias, a enfermagem e outras). O antigo auxiliar psiquiátrico das décadas de 60 e 70, e que mais tarde passou a denominar-se de acompanhante terapêutico (AT), teve de repensar sua função dentro das instituições psiquiátricas e fora delas, uma vez que o seu campo de atuação ampliou-se notavelmente (EQUIPE DE ATs DA CASA, 1991). Este desempenhava tão somente um papel de auxiliar de psiquiatras e/ou psicólogos responsáveis pelos atendimentos. Questões relativas ao diagnóstico, perspectivas clínicas, intervenções terapêuticas estavam fora de sua competência. Hoje, o acompanhante terapêutico não só atua em parceria com instituições psiquiátricas e hospitalares como fora delas: é requisitado por escolas especiais, instituições clínicas, centros de atendimentos à saúde mental no âmbito público e diretamente por familiares de portadores de sofrimento psíquico. Não obstante, em muitos casos é o único agente terapêutico envolvido no caso.

No rastro deixado pelo movimento em favor de uma reforma na psiquiatria surgem demandas para diferentes abordagens de tratamento aos pacientes, principalmente, psicóticos e esquizofrênicos, fato este que já se colocava em consonância com a própria Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Historicamente, é a partir do final da década de 1970 que se incluem, de forma mais explícita, os ATs. A questão é que o tratamento a estes pacientes já não se restringia mais única e/ou principalmente aos hospitais psiquiátricos e manicômios, reinscrevendo assim, não só a abordagem terapêutica em relação a eles mas, dilatando o seu território de atuação. O espaço público, desde então, começa, timidamente, a ser compreendido como um alargamento do campo possível de tratamentos para pacientes portadores de sofrimento psíquico.

Segundo Berger, Morettin e Neto (1991, p. 23) é no final da década de 1960 que os efeitos da antipsiquiatria começam a se fazer valer na cena nacional,

tomando corpo principalmente com a criação das primeiras comunidades terapêuticas no Brasil, locais estes propícios para darem conta de práticas alternativas para a época, como por exemplo, os auxiliares psiquiátricos, que começavam a sair às ruas com seus pacientes em atividades que entendiam ser terapêuticas. Cabe ressaltar que estas comunidades terapêuticas tinham como objetivo trabalhar com os usuários inserindo-os na comunidade, ou seja, um trabalho em território e o que se verifica de todas estas experiências no Brasil, na Itália, Espanha, França, etc. É que a própria circulação dos usuários pela cidade resulta terapêutica.

Em Porto alegre um dos primeiros nomes que esta prática recebeu foi o de auxiliar terapêutico e atendente grude, introduzido por Marcelo Blaya, médico psiquiatra fundador da clínica Pinel que funcionava como comunidade terapêutica privada (CABRAL, 2005).

É através da prática clínica que o AT redimensiona sua esfera de atuação por uma ampliação de seus efeitos e mesmo de suas possibilidades: de um recurso para intervenção na área da psicopatologia ele passa a ser, também, dispositivo complementar ou substitutivo para trabalhar com serviços de saúde pública. Todavia, há uma ressalva teórica importante a ser feita aqui: se compreendemos que toda a atividade clínica é transdisciplinar e se dá necessariamente em uma instância que não pode ser tomada separadamente daquilo que poderíamos denominar de não-clínico (o campo político, ético, estético), então passamos a constituir como que uma nova cartografia, uma nova maneira de tecer e localizar a própria atividade de escuta, como nos sugere Passos (2002).

3.4 ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL

Conforme relatos históricos, no Rio Grande Do Sul, a prática do AT chegou primeiramente na rede privada, posteriormente foi inserida no serviço público a partir da reformulação do cuidado em saúde mental através da

desinstitucionalização. As primeiras experiências no campo da saúde pública do Rio Grande do Sul, nas quais a prática do acompanhamento terapêutico foi introduzida, são as de São Lourenço, Viamão e Porto Alegre, destacam-se pelo seu pioneirismo.

3.4.1 Porto Alegre

Em Porto Alegre o acompanhamento terapêutico tornou-se objeto de estudo, enquanto uma possibilidade de intervenção em saúde para o atendimento de casos considerados de psicoses e neuroses graves.

Conforme Palombini (2007), o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública, vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, teve origem, em 1996, junto ao CAPS CAIS Mental Centro, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, consolidando-se como projeto continuado de extensão universitária a partir de 1998, articulado à experiência de estágio curricular e à atividade de pesquisa, em parceria com serviços da rede municipal e estadual de saúde. A cada ano, o projeto reúne um grupo de estudantes que, ao longo de dez meses, realizam acompanhamento terapêutico de um usuário dos serviços de saúde mental da rede pública conveniados ao projeto, contando com um espaço semanal de supervisão do trabalho na universidade, além da participação nas reuniões de equipe e interconsultas. O Projeto tem atendido não somente à demanda dos serviços especializados da rede municipal, mas também, em momentos diversos, à proposta de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (em 1999), ao Serviço Residencial Morada São Pedro, vinculado ao mesmo Hospital (em 2005 e 2006), à interface com as escolas especiais da rede municipal de educação (em 2002 e 2003), ao CAPS e Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (em 2001 e 2004), à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.

Essa clínica transformada, implicada numa prática que se quer transdisciplinar, às voltas com os enigmas e desafios de acolher e acompanhar a loucura fora dos muros do internamento. Conforme já foi citado (Palombini, 2004), a

proposta do Programa, fazendo laço, através do AT, entre a universidade e a rede de serviços, não foi uma exigência de ordem acadêmica, era uma necessidade nascida da realidade do trabalho com a loucura, tendo a desinstitucionalização como seu horizonte. Mas, sendo uma experiência de limite, borda, risco, ela se revelou um dispositivo bastante eficaz de formação clínica, abrindo espaço à construção, para AT, de um estilo próprio do fazer profissional.

3.4.1 Viamão

Viamão é o único município que implementou o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde.

Cabral 2005, relata que o processo de municipalização da saúde em Viamão ocorreu em 1998, até então o município administrava cinco unidades de saúde e as outras seis unidades eram de responsabilidade do Estado. Com a municipalização, a mudança de estrutura funcional na área de saúde mental, implicava a criação de uma rede de cuidado em saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico. A equipe gestora percebeu o momento como apropriado para introduzir o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional do município. Os gestores imaginavam que acrescentando a figura do acompanhante terapêutico poderiam fazer um trabalho mais preventivo, utilizando o entorno social para o desenvolvimento do mesmo e que tal nomenclatura resguardaria bem as funções que necessitavam ser desenvolvidas no município.

Em 1999, ocorreu o primeiro concurso para provimento do cargo de acompanhante terapêutico no Estado do Rio Grande do Sul, onde um pequeno grupo de acompanhantes terapêuticos ingressou, porém tais profissionais sofreram desvio de função, foram recepcionistas, fizeram serviço de auxiliar, do atendente, de acompanhar grupos, ou seja, só o fato de fazer o concurso não garantiu que a função passasse a ser exercida no município. Nesse momento, a Escola de Saúde Pública do Estado ofereceu um curso de capacitação em acompanhamento terapêutico e os acompanhantes de Viamão foram encaminhados à Escola para a

realização do mesmo. Além disso, a Secretaria de Saúde municipal contratou uma supervisão para dar um acompanhamento sistemático ao trabalho desenvolvido pelas acompanhantes. Conforme relatos, após a capacitação adequada, o acompanhante terapêutico pode auxiliar bastante o trabalho e realmente executar sua função (CABRAL, 2005).

Pelliccioli (2004), relata que através do acompanhamento das atividades do acompanhante terapêutico da rede pública no município de Viamão, conclui que é partir do espaço público e político que constitui a cidade que o AT inclui-se e passa a tomar um lugar específico na saúde, justamente como uma nova tecnologia para uma prática pública contemporânea e que tem no sujeito cidadão, o seu principal foco para o desenvolvimento da cidadania e saúde. Desenvolver ações e estratégias de ampliação e qualificação do trabalho de AT integrado à rede pública e aos gestores municipais.

Assim, podemos concluir que o que alterou as formas de trabalho e permitiu a implantação da função de AT foram: percepção do gestor que banca o concurso, o processo de educação continuada via curso da Escola de Saúde Pública e supervisão dada pelo município.

3.4.1 São Lourenço

São Lourenço implementou uma rede substitutiva antes mesmo da promulgação da lei estadual 9.716. Até 1983 o atendimento aos usuários era feito no Posto de Saúde, neste mesmo ano foi criada a secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBS), as primeiras ações na área de saúde mental tiveram início no ano seguinte.

O Sistema de Saúde Mental do município contava com um Centro que ofertava as seguintes três diferentes abordagens:

- a) Nossa Casa: Precursora no Estado do Rio Grande do Sul que vai ao encontro das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira. O espaço é concebido como uma forma de resgate do espaço de uma casa mantém uma rotina de acompanhamento dos usuários durante o período diurno. No início, atendiam-se, prioritariamente, psicóticos e neuróticos graves, os quais anteriormente eram internados em hospitais psiquiátricos das cidades vizinhas;
- b) Unidade de Saúde Mental: Situada nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia, que é o hospital geral do município, servia como hospital-dia ou para internação de usuários;
- c) Nosso Lar: Constituía-se em espaço de moradia para usuários sem família;

É interessante observar que no quadro funcional do Centro Comunitário de Saúde Mental, no ano de 1995, encontramos seis acompanhantes terapêuticos, os quais eram profissionais de nível médio (WETZEL, 2005).

Atualmente o município conta com acompanhantes terapêuticos no seu quadro funcional, estes profissionais atuam nos três Centros de Atenção psicossocial da cidade. Em outubro de 2007 foi criada a “lokomotiva”, que é um centro integrado de reabilitação laboral de Saúde Mental, cujo atendimento é vinculado ao SUS. Este espaço promove ações em saúde, trabalho, educação e inclusão e está localizado fora dos CAPS, inserido na comunidade, desta forma sendo visto não só pelos usuários e sim por toda sociedade. A equipe técnica da “lokomotiva” é formada por uma terapeuta ocupacional e uma acompanhante terapêutica (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2012).

Wetzel (1995), em seus estudos descreve a função do AT como o profissional que está mais diretamente ligado à ação institucional, apesar de atividades rotineiras como acompanhamento da higiene e alimentação, organização das atividades

diárias, visita domiciliar, a riqueza do cotidiano destes agentes impede que seja feita uma descrição definitiva desta prática, porque lidam diariamente com o imprevisto. A criatividade é a principal ferramenta, possuem a nobre função de ser agente de transformação na vida de pessoas em sofrimento psíquico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou-me a oportunidade de conhecer a história da inserção do acompanhante terapêutico na rede pública, um tema que até então para mim não era claro.

Conhecer a história desta profissão que surgiu durante as grandes mudanças na saúde mental, possibilita ver as diversas alternativas de cuidados, que se espera enquanto cuidado integral em saúde mental coletiva, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Constata-se que para respeitarmos a integralidade e a subjetividade do sujeito faz-se necessário a educação continuada na área da saúde mental, fazendo com que todos profissionais da rede coloquem suas práticas a disposição do usuário. Visto que, o acompanhante terapêutico deve ser visto como mais um profissional, nem superior nem inferior a nenhum outro membro da equipe, é de suma importância na inserção do usuário na sociedade.

Observa-se que a Reforma Psiquiátrica é o cenário onde surge a figura do AT, sem reforma provavelmente não teríamos AT, uma vez que não entraria em discussão a cidadania do louco e o seu lugar na esfera da política, à partir disso surgiu a necessidade de uma rede substitutiva de serviços para dar suporte aos usuários egressos dos manicômios. Dando seguimento a esta retomada histórica, até a chegada dos ATs na rede pública, vimos que as diretrizes apresentadas na IV Conferência servem como marco e são essências para nortear os princípios da reforma, e por fim constatamos através da história de três municípios: Porto Alegre, São Lourenço e Viamão que a figura do AT tornou-se indispensável, essencial.

Acredito que para trabalhar com pessoas portadoras de sofrimento psíquico os membros da equipe multiprofissional, independente da sua formação, tem que investir na sua formação, através da educação permanente e na capacidade de pensar como ser humano, trabalhando suas emoções e os sentimentos que cada usuário desperta, trabalhando coletivamente, ou seja, em equipe.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 195-204. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.

BAPTISTA, L. A.; ENGEL, M. G. **A desconstrução do manicômio e as interpelações da história**. In: CABRAL, K. V. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: Considerações sobre o setting. Porto Alegre, 2005.

BELL, Judith. **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. – 4. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2008.

BERGER, E.; MORETTIN, A.; BRAGA, L. História. In: EQUIPE DE ATS DE A CASA (org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta1, 1991. p.17-23.

BHABHA, Homi K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998. p. 70-104.

BRASIL. **Breve Histórico**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil comemora dez anos da reforma psiquiátrica com avanços na assistência à saúde mental pelo SUS**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12443>. Brasil comemora 10 anos da reforma psiquiátrica. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**. 2004. 214 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CABRAL, Károl Veiga. **Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica**: considerações sobre o setting. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, 2005.

CECCIM, R. B.; SILVA, M. C. (2009) **Educação do lugar**: saúde mental e pedagogias da cidade. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacaodolugar.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

EQUIPE DE ATS DO HOSPITAL DIA A CASA (org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Editora Escuta1, 1991, p.23-31.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 9, n.º 2, p. 48-55. Minas Gerais, Março 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2011.

GUIMARÃES, J.; et AL. **Desinstitucionalização em Saúde Mental**: considerações sobre o paradigma emergente -Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 3, maio./ago. 2001.

MINAYO, Cecília S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

PALOMBINI, Analice de Lima. **Acompanhamento terapêutico**: dispositivo clínico-político. Psyche (São Paulo) [online]. 2006, vol.10, n.18, pp. 115-127. ISSN 1415-1138.

PALOMBINI, Analice de Lima; CABRAL, Károl Veiga e BELLOC, Márcio Mariath. **Acompanhamento terapêutico**: vertigens da clínica no concreto da cidade. [Estilos clin]. 2005, vol.10, n.19, pp. 32-59. ISSN 1415-7128.

PALOMBINI, Analice de Lima (org) **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PALOMBINI, Analice de Lima. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica** / Analice de Lima Palombini – 2007.

PASSOS, Eduardo. **Por uma Clínica do Social: relações entre a esfera pública e a esfera privada na psicologia**. Curso de Extensão ministrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia – Faculdade de Psicologia – PUCRS, Porto Alegre, 21 a 22 de março de 2002.

PELLICCIOLI, Eduardo. **O Trabalho do acompanhamento terapêutico em grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado da faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Huncipec, 2001.

SECRETARIA DE SAÚDE - SÃO LOURENÇO DO SUL – **Saúde Mental**. Disponível em: <<http://smsbes-sls.blogspot.com/p/caps-nossa-casa.html>>. Acesso em 09 jan. 2012.

WETZEL, C. **Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul-RS**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, EERP-USP, 1995.