

# **A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E SEU CUIDADO ÉTICO**

Elcio Robbi, Isabel Alonso Leite, Júlio Cesar Ramos de Oliveira e Natalia Mirisola Sacomori

## **Introdução**

O presente artigo se baseará em diferentes abordagens teóricas na correspondência com a clínica do Acompanhamento Terapêutico (A. T.). Explanaremos algumas dessas compreensões sobre o ser humano, com o objetivo de discorrer sobre a temática desse campo clínico no contexto da morte e do suicídio e suas estratégias de cuidado ético frente a essas complexidades.

Suicídio e morte sempre foram temas desafiadores. Na contemporaneidade, o desafio é intensificado pela supervalorização da técnica, da busca intensiva por diagnósticos, pela rapidez dos acontecimentos. Nesse contexto, há cada vez menos espaço para expressar sofrimento, lidar com estados de depressão e aceitá-los, experimentar a solidão inerente à condição humana. Notamos, por vezes, a obrigação de ser feliz a qualquer custo e adaptar-se de maneira apenas positiva a todas as situações da vida. Isso nem sempre é possível, e essa experiência de positividade extrema pode levar ao estado oposto: a frustração e o desejo de promover a própria morte.

Nosso trabalho se propõe a inaugurar uma relação, visando possibilitar e ampliar uma interlocução de elementos como morte e vida de nossos acompanhados. No entanto, o trabalho do acompanhante terapêutico (at) não se limita ao trabalho de escuta, e sim também em se ocupar em atender a cuidados básicos com o próprio corpo (banho, alimentação, mobilidade), não no sentido de realizar tarefas e protocolos como um cuidador, e sim em possibilitar uma relação de compreensão, junto às necessidades pessoais, a cada momento e circunstância. Portanto, o cuidado ético, de que aqui trataremos, é abertura de espaço tanto de escuta quanto de atender a esses cuidados primordiais.

E, por mais difícil que seja, precisamos assumir que nossa coletividade está repleta de valores e crenças que impossibilitam a alguns seres humanos falarem ou discutirem algo que transcorre na vida de todos nós, e que é inerente à condição de estarmos vivos, como o falar sobre a morte ou o desejo por ela. Mesmo que seja um assunto espinhoso para ser tratado em grande parte da sociedade, nossa postura está a serviço dessa existência, se para ela há possibilidade de caminhar em direção à apropriação de sua morte, é aí que sustentaremos nossa

presença e reflexões, para que juntos possamos nos aproximar e aprofundar suas dores e sofrimentos, no sentido de legitimar sua biografia, de ressignificar suas histórias de vida, testemunhar e compartilhar a sua própria finitude.

### **Breve histórico do A. T. e sua origem**

Em nossa atualidade, por vezes ainda encontramos nossos acompanhados vivenciando segregamento e isolamento social, aspectos que perduram ao longo da história. Dessa forma, cabe destacar que a clínica do A. T. tem sua origem intimamente ligada ao movimento da antipsiquiatria e das reformas psiquiátricas que surgem na Europa a partir da década de 1950. Tais movimentos, liderados por nomes como o inglês Ronald Laing e o italiano Franco Basaglia, questionam as formas clássicas de cuidado com a saúde mental, assim como a centralização do tratamento em manicômios (AYUB, 1996).

O filósofo Michel Foucault (1978) é quem atribui ao surgimento dos hospitais gerais um novo “lugar social” para o louco e a loucura na sociedade anterior aos movimentos da antipsiquiatria e das reformas psiquiátricas. Foucault refere-se a esse momento histórico como “A Grande Internação” ou “Enclausuramento”, destacando, assim, a prática sistemática e generalizada do isolamento e segregação de segmentos da sociedade.

Amarante (2013) ressalta que são os movimentos de reforma psiquiátrica que, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, passam a questionar o isolamento social como forma de tratar os transtornos mentais. Nesse contexto, surgem então as comunidades terapêuticas, que, para o autor, significaram um processo de luta contra a hierarquização ou verticalização dos papéis sociais e pregavam a democratização e a horizontalização da relação entre quem cuida e quem é cuidado, valores fundamentais para a prática do A. T.

A partir da implantação das comunidades terapêuticas, surge a necessidade de um novo profissional que pudesse então reconectar o paciente com a sociedade, tratando-o como participante dela. Em um primeiro momento, surge a figura dos auxiliares psiquiátricos, que eram pessoas treinadas pelos psiquiatras para exercer tarefas práticas junto aos pacientes. Com o decorrer do tempo, esses profissionais veem a necessidade de qualificação, embasamento teórico e pensamento próprio sobre seu trabalho, surgindo assim o Acompanhamento Terapêutico (SILVA, 2005).

### **Breves apontamentos teóricos que sustentam o trabalho no campo clínico**

A clínica do A. T. amadureceu ao longo de seu caminho, e hoje encontramos inúmeros profissionais/equipes e abordagens que sustentam esse trabalho clínico.

Apresentaremos inicialmente *a perspectiva da fenomenologia-existencial*, na qual essa prática clínica permite e possibilita uma nova modalidade de trabalho, que se afasta do atendimento convencional. Ou seja, procura sustentar um novo espaço de tratamento, muitas vezes de forma inaugural, fomentando um verdadeiro encontro humano, buscando inserir e se vincular junto a esses seres humanos. Dessa forma, os ats se dirigem, em geral, para as residências e instituições de seus acompanhados, no local onde essas pessoas habitam e moram, no sentido de morada, de lugar existencial.

Vale a pena salientar que o at não trabalha no sentido de persuasão, de convencimento, nem tampouco em resolução de problemas diante desses contextos tão complexos. Pelo contrário, o at acolhe e escuta essas pessoas em suas singularidades, caminha lado a lado, corpo a corpo; por vezes, passar um lenço umedecido nos lábios de nosso acompanhado hospitalizado, através de um olhar silencioso, aponta a filigrana de nosso trabalho.

Karina O. Fukumitsu (2018, p. 27) sinaliza: “A vida é efêmera e exige a apropriação de quem somos e da maneira como conduzimos nossa existência”.

A relação dual acompanhante-acompanhado não consiste em impedir pensamentos com ideação suicida, nem tampouco dissuadir o acompanhado a não tirar sua vida. O at não se coloca na relação no sentido de salvar o ser humano, até porque salvar não significa erradicar algo ou alguém do perigo e sim permitir e possibilitar compreender algo se manifestar em seu próprio vigor.

Cita Martin Heidegger (2006, p. 31):

Pensemos essa palavra de Hölderlin com todo o cuidado: o que significa salvar? Geralmente, achamos que significa apenas retirar, a tempo, da destruição o que se acha ameaçado em continuar a ser o que vinha sendo. Ora, salvar diz muito mais. Salvar diz: chegar à essência, a fim de fazê-la aparecer em seu próprio brilho.

Abordando o suicídio em nossa época, é refletir sobre a desconexão humana de si mesmo, com o outro e com o mundo, enquanto horizonte de possibilidades, pois vivemos um tempo de excesso de aceleração, de buscas incessantes por resultados, através de normas vigentes que estabelecem um padrão de senso comum, promovendo uma espécie de alienação, desertificação e desenraizamento humano.

Esse contexto amplia e aprofunda inúmeras existências numa disposição de fracasso e experiências de adoecimento, por não estarem engajadas e instaladas nesse modelo de

funcionamento de vida, levando muitas pessoas a uma perda de sentido e de não pertinência, culminando, muitas vezes, num a-morte-cimento do seu existir humano.

Nesse sentido, a possibilidade de poder ser quem é leva a uma autoria de uma maior liberdade e responsabilidade por si mesmo, conseqüentemente contribui para uma maior e mais ampla humanização de nosso mundo, humano na origem da palavra “húmus” (terra fértil).

Conceitos de saúde e doença sinalizam graus de restrição e privação no existir humano, e cura, aqui, não pensamos a partir da eliminação de sintomas, nem no desaparecimento da doença, cura não é uma busca de resultados a serem alcançados.

Cura, à luz da fenomenologia-existencial, tem sua origem na palavra alemã *Sorge* = cuidado. Cura é cuidado, se dá através de um vínculo de confiança, numa relação gradual de acolhimento profundo e escuta reflexiva, que possibilitam uma qualidade de presença aos nossos acompanhados.

*Uma segunda perspectiva é a visão do pediatra e psicanalista inglês D. W. Winnicott, o qual elabora uma modalidade clínica chamada *placement*, a partir dos atendimentos de crianças que tinham sido evacuadas de Londres para outras cidades, no interior da Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial. Sabia-se que essas crianças vinham de lares insatisfatórios ou que nunca tinham vivido num lar estável. Ele observou que a oferta de um lugar, um *alojamento*, de acordo com a tradução dos textos, as fazia recuperar a estabilidade emocional (WINNICOTT, 2019).*

O psicanalista notou que, mais do que a psicoterapia, o que fazia diferença na vida dessas crianças era a *gestão de residências*, ou seja, o manejo da acomodação dessas crianças – e isso por si só era a terapia. Isso significava dizer que os alojamentos deveriam ser locais semelhantes à experiência de um *lar primário*, isto é, um ambiente ajustado às necessidades especiais e à singularidade da criança, local onde elas pudessem ser realmente cuidadas (WINNICOTT, 2019). A aposta dos alojamentos, ou seja, do *placement*, era reduzir os danos causados pelo lar original da criança evacuada. E isso demandava alguns anos de estabilidade, sem prazo específico de duração.

O at não é um alojamento como o *placement*, mas ambos estão a serviço de um contexto de cuidado, através do encontro entre acompanhante e acompanhado, que oferece um manejo seguro, estável e atento àquilo que lhe falta.

Muitas vezes nos deparamos com um paciente restrito à sua casa, aos mesmos cômodos, e que se vê corporalmente limitado. O corpo e sua mobilidade começam a adoecer justamente porque há muitas angústias que o impedem de ampliar o espaço de circulação quarto-sala-cozinha. De que maneira o at pode ampará-lo nessa circunstância? Não é incomum propormos

cuidados com o corpo, como alongamento, uma breve caminhada no espaço do prédio ou casa, convidando-o a se reaproximar do seu próprio corpo e de suas funções vitais como respiração, articulação dos membros, fazendo companhia a essas pequenas atitudes.

Safra (2006) retomou o significado da palavra *placement*, que deriva da palavra *place* e que significa “lugar”. Ele afirma também que é uma modalidade clínica pouco conhecida em razão do modo como foi traduzida para o português, perdendo aspectos importantes de seu significado. Essa modalidade se torna modelo para o acompanhamento terapêutico, pois, além de ofertar um lugar de cuidado ao indivíduo, promove a experiência de estabilidade e continuidade, aspectos inexistentes na vida de alguns pacientes que se encontram em desamparo e solidão. Também afirma aproximação ao trabalho do at, pois a oferta de um lugar de cuidado possibilitará uma existência possível, sem a qual não se teria os fundamentos para a saúde mental.

Ainda abordando a importância da oferta de lugar na constituição do indivíduo, na teoria de D. W. Winnicott, o bebê vive o primeiro contato com a realidade através da amamentação. O que importa é a qualidade desse contato facilitado pela mãe-ambiente e não tanto os aspectos nutricionais da amamentação. Esse contato com a realidade diz respeito à realidade subjetiva do bebê, que, para alcançar mais adiante o acesso à realidade externa e compartilhada, precisará atingir outras etapas maturacionais (DIAS, 2017b).

Podemos fazer outro paralelo entre a qualidade da presença da mãe com o seu bebê e a qualidade da presença do acompanhante terapêutico com o seu acompanhado. Em ambas as situações, o mais importante não é adequar o acompanhado frente às expectativas da sociedade, impondo uma realidade externa ao indivíduo. Assim como a mãe, o at precisa observar as necessidades do acompanhado no contexto de sua singularidade, para que assim possa entrar em contato com suas questões próprias, além de suas verdadeiras necessidades, alcançando o cerne de seu sofrimento.

Por fim, a *terceira perspectiva, a analítica*, fundamenta que o processo de conhecer outro ser humano é, inicialmente, deparar-se com todas e quaisquer possibilidades de vir a Ser (Self). Nesse sentido, duas grandes polaridades já podem surgir, que são tanto de vir a Ser no sentido de sua vida quanto de sua morte. E confrontar-se com ambas pode e investe questionamentos de como cada um vivencia essas experiências.

Se há um ser humano que, por exemplo, deixa de se alimentar ou de beber água, por tanto tempo que necessita de uma internação hospitalar para que essas necessidades básicas do corpo sejam atendidas, procuramos ir ao encontro dele para primeiramente conhecê-lo e posteriormente perceber o que quer comunicar com tal situação. Afinal, o que o fez abandonar

tais cuidados tão fundamentais para que sua vida se sustentasse? Está aí um direcionamento para a morte? Uma vontade de querer se aproximar de sua finitude? Enfim, o que significa para esse ser humano a interrupção de cuidados de sobrevivência como nutrição e hidratação? São essas e tantas outras possibilidades que o at pode refletir, sempre ajustando à medida que se aproxima numa relação humana e cuidadosa.

Lembrando que o at está vinculado ao cuidado das necessidades básicas, e que o suicídio, em última instância, visa romper com esse corpo até sua literalidade, é necessário compreender o que está contido na sombra, que faz com que o indivíduo queira através da extinção ou utilização do corpo como instrumento, para tratar de sua morte. Quando acompanhamos indivíduos que necessitam levantar seus anseios, vontades, ou seja, conteúdos muitas vezes não reconhecidos e acolhidos nem por si mesmos, nem pela sociedade, podemos dar oportunidade de desnudar e aprofundar o que existe em sua essência. Chegando mais perto de sua integralidade e, portanto, de sua alma, que precisa ser acolhida e preservada, pois em poucas relações e lugares isso pode acontecer.

Muitos seres humanos adaptados à realidade de suas vidas, por assim dizer, não querem refletir sobre um tema sobre o qual têm tão pouco controle ou escolha, como é o da morte. Porém, quando esta vem de um modo impactante e implacável, como um suicídio, estruturas de vidas que permanecem ao redor, ou seja, familiares, amigos, profissionais envolvidos, se veem obrigadas a olhar, se questionar, sentir e refletir sobre aquilo que, muitas vezes, passam anos se negando a fazer.

Um lugar solitário, o at (ou analista) não provê de muitas fontes, senão a si próprio e sua relação, com seu acompanhado (cliente/paciente), pois andam juntos muitas vezes na contramão. Por isso, ressaltamos a importância de espaços de supervisão e trocas com outros profissionais. Ainda assim, o que se experimenta junto com o acompanhado é algo que acontece a partir da relação dos dois envolvidos (acompanhado e acompanhante) e precisa ter sua legitimidade colocada como prioridade.

Tendo em vista tal relação, o que se pode esperar dela pode ser exemplificado com a reflexão de Hillman (1993, p. 55):

A primeira coisa que um paciente quer de um analista é torná-lo consciente de seu sofrimento e trazê-lo para o seu mundo de experiência. A experiência e o sofrimento são termos de há muito associados à alma.

Assim sendo, quando acompanhamos alguém, nosso convite vem para compreender o que a alma necessita, concomitantemente com o que esse indivíduo deseja, atribuindo juntos

possíveis significados e aproximações com suas possibilidades de vir a Ser em direção a sua morte, para só a partir daí ampliar em questionamentos desse Ser estar no mundo e, assim, conseguir significados que possam dar sentido à sua vida.

### **Considerações finais**

A partir de nossa prática clínica, e através das perspectivas teóricas que a equipe do Humanidade traz como compreensão sobre o ser humano, o cuidado ético converge entre as abordagens, uma vez que o at tem, como direção, se vincular ao acompanhado numa relação de respeito e confiança, abrir espaço para que uma existência singular possa surgir e fazer companhia para o ser humano independentemente da natureza de seu sofrimento. Pensando nessa relação como uma possibilidade das estratégias de prevenção ao suicídio, podemos afirmar que ela permite a oferta de um lugar para que o sofrimento possa ser contido e refletido. Outra estratégia percebida em nossa vivência é da ordem do cuidado, restaurando a possibilidade de esses seres humanos voltarem a se envolver de maneira mais saudável emocional e mentalmente consigo mesmos.

Em nossa jornada, percebemos a relevância de um trabalho de equipe, que prioritariamente sustenta a possibilidade de ampliação de relações vinculares para os acompanhados, que por vezes estabelecem isso de modo precário em seu cotidiano. Isso inclui atender às necessidades constantes desse acompanhamento, evitando afastamentos abruptos no caso de férias ou imprevistos do at. Ressaltamos a possibilidade de ampliação de percepções diferentes desse mesmo acompanhado a partir de relações diversas, e como cada ser humano consegue acesso a ele.

A partir de nossa experiência, entendemos também a necessidade de tratar o núcleo familiar, em geral, com o intuito de compreender as necessidades e angústias desse âmbito. Outra ponta que buscamos amarrar, sempre que possível, é de uma conexão com profissionais e instituições ligados ao caso, procurando compartilhar a troca com estes, a fim de um maior alinhamento com as percepções das relações estabelecidas, bem como da ampliação de um diálogo de interlocução dessa temática em nossa sociedade.

### **Referências bibliográficas**

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AYUB, Paula. Do amigo qualificado ao acompanhamento terapêutico. **Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 37-40, 1996.

DIAS, Elsa de Oliveira. Estágios primitivos: a dependência absoluta. In: **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2017a. p. 135-200.

DIAS, Elsa de Oliveira. Teoria do amadurecimento pessoal na obra de Winnicott. In: **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2017b. p. 1-6.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUKUMITSU, Karina O. **Vida, morte e luto**. São Paulo: Summus, 2018.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989.

HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2001.

HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e conferências**. Petrópolis: Vozes, 2006.

HILLMAN, James. **Suicídio e alma**. Petrópolis: Vozes, 1993.

SAFRA, Gilberto. Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, set. 2006.

SILVA, Alex Sandro Tavares da. **A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental: o processo de constituição de uma clínica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

WINNICOTT, Donald Woods. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: WINNICOTT, Donald Woods. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 120-135.

WINNICOTT, Donald Woods. Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: WINNICOTT, Donald Woods. **Privação e delinquência**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.