

# SEMELHANÇAS ENTRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (AD) E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)

Andréa Fernandes Bramantti

## Resumo

O presente trabalho visa destacar a importância destes dois serviços no âmbito da saúde pública; sendo dois cenários que, distinguem-se inicialmente na peculiaridade da patologia em questão: na assistência domiciliar (AD) são tratados, em sua maioria, casos de doenças orgânicas e crônicas. Já no acompanhamento terapêutico (AT), são tratadas as doenças mentais, mais especificamente os casos de psicose. Haveria, portanto, como aproximar as duas práticas, no sentido de enquadrá-las em programas de saúde pública? Para tanto, semelhanças serão apontadas como uma tentativa de aproximação entre ambos os serviços, quando se tratar de saúde pública, para que não haja tantas divisões e distinções entre as formas de tratar terapêuticamente um paciente. A assistência domiciliar em saúde tem como objetivo a desospitalização de pacientes já acometidos por doenças crônicas e, conseqüentemente, a liberação de leitos hospitalares, segundo Laham (2004). Já o acompanhamento terapêutico, seguindo a etimologia da palavra acompanhamento, “condiz com a ideia de companhia ou um conjunto de pessoas que comem seu pão juntamente” (HERMANN, 2010, p.15); e terapêutico, segundo o mesmo autor (2010), refere-se ao cuidado e tratamento de doenças.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Terapêutico, Assistência Domiciliar, Saúde Pública.

## O QUE SE ASSEMELHA E O QUE SE DISTINGUE NAS PRÁTICAS:

Uma das semelhanças que se apresentam *a priori*, tanto na assistência domiciliar (AD) quanto no acompanhamento terapêutico (AT), é a de o profissional de psicologia deparar-se com a “saída” do modelo tradicional de clínica; ou seja, a saída do consultório particular, com seu destino às ruas ou residências.

No AT[1] os atendimentos são realizados, em sua maioria, por profissionais da psicologia que se deslocam até o paciente, geralmente de CAPS (Centros de Apoio Psico-Social), onde é feito um acompanhamento para, no caso, a substituição da internação ou ainda após um período de internação que requer continuação, por exemplo, do uso da medicação, entre outros.

No AD não é diferente; há um deslocamento por parte dos profissionais, até o paciente; geralmente é uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros; ou seja, uma equipe interdisciplinar, com objetivo de atender o doente em sua residência.

Dentro do conceito de assistência domiciliar, conforme Laham (2004) há dois tipos: a internação domiciliar, que consiste na instalação de equipamentos hospitalares dentro da residência do paciente, havendo a presença de profissionais qualificados 24 horas por dia, que operam tais equipamentos e acompanham o enfermo.

Já o atendimento domiciliar, possui características distintas, não necessitando dispor de aparato hospitalar ou profissionais diuturnamente na residência. Neste último caso, os profissionais realizam visitas periódicas e os familiares podem manusear os equipamentos de baixa complexidade normalmente, conforme a necessidade do tratamento (Jacob Filho, 2000 *apud*: Laham, 2004).

Embora o que se distingue inicialmente seja a doença em si, no caso da AD voltar-se para o atendimento da doença crônica e o AT a doença mental, ambas as práticas necessitam de um acompanhamento, para cada qual em sua singularidade e complexidade, porém, são bastante semelhantes.

Por exemplo, no caso do AT, muitas vezes, se faz necessário o acompanhamento para que o doente tome regularmente a medicação, evitando assim, as crises (os delírios/alucinações)<sup>1</sup>. Não distante, o AD também realiza papéis importantes naquilo que será do paciente ao sair do hospital: a saída do hospital não quer dizer que ele não tenha mais a doença, portanto, terá que tratar de suas questões fora da instituição hospitalar. Deste modo, em ambas as práticas, pode-

se considerar que, uma vez instalada a doença e, conseqüentemente sem a perspectiva de “cura”<sup>2</sup>, a necessidade de um acompanhamento profissional como dispositivo de tratamento, é a única saída àqueles que sofrem por determinadas enfermidades.

As distinções que se apresentam, entre o AT e o AD, embora ainda assim havendo semelhanças, são importantes de serem destacadas, devido a sua relevância social/política. Para tanto, se faz necessário um breve histórico de cada uma das práticas, destacando alguns aspectos semelhantes que já se apontam.

Tanto para as questões que envolvem a AD quanto o AT, no que tange seu histórico, pôde observar que, em ambas as práticas, há um movimento que não é descolado totalmente da instituição, no caso, manicômio/hospital; pelo contrário. Observa-se uma semelhança, no caso do AT, ser marcado a partir da reforma psiquiátrica (internação em hospital psiquiátrico), e a AD surgir a partir da superlotação dos leitos hospitalares.

- 1- Aqui cabe uma ressalva por se tratar somente de um exemplo, sem pretensão de resumir o trabalho do acompanhante terapêutico somente para tal condição.
- 2- O termo “cura” empregado não se refere à cura médica ou a finalização de um processo psicoterapêutico.

Os hospitais da Idade Média, segundo Foucault (1979), não se constituíam como um lugar destinado propriamente à cura de doenças, pois o trabalho ali realizado visava à salvação da alma. Na Europa da Idade Média, o hospital não era concebido para curar, e a medicina não era uma prática hospitalar. A instituição hospitalar, segundo Foucault (1979) era um espaço de separação e exclusão, já que sua função era basicamente recolher pessoas pobres e doentes das ruas, gerando um afastamento, protegendo assim os demais do perigo de contágio.

Nesta época, Foucault (1979) refere que o hospital, era uma espécie de “morredouro”, ou seja, local de abrigo àqueles que não possuíam assistência material e espiritual e que, portanto, destinava-se ser um local para morrer.

Concluindo em Foucault (1979), o hospital esteve desarticulado do exercício da medicina até meados do século XVIII.

Já o movimento de substituição dos manicômios (hospitais psiquiátricos), segundo Hermann (2010, p.14) data de um período pós-segunda guerra, a partir da “constatação das péssimas condições de vida dos loucos e os inerentes mecanismos de cronificação da loucura verificados nas instituições fechadas”. Segundo o autor (2010), novos paradigmas institucionais foram criados, visando humanizar o tratamento à loucura, como no caso de Cooper, na Inglaterra, quando propõe as comunidades terapêuticas; ou Basaglia, na Itália, que apresenta a psiquiatria democrática; ou ainda, Oury, na França, com a psicoterapia institucional.

Deste modo, a perspectiva é de “deslocar o louco, como um objeto de estudo de uma determinada ciência que justificava sua exclusão, para o de sujeito de sua própria história, reinserido no contexto social”. (HERMMAN, 2010, p.14)

Nota-se, portanto, que em ambas as práticas, a questão da exclusão foi tema presente em sua história; o que assemelha e aproxima as práxis num contexto a problematizar o que vem a ser na atual saúde pública e quais os resultados que ainda reverberam nos dias atuais.

### **Caso Clínico**

Joaquim é um senhor de 67 anos, casado, com filhos e netos, residente no município de São Bernardo do Campo/SP. Trabalhou em uma indústria automotiva em São Bernardo até iniciar seu processo de adoecimento, que percorreu desde os sintomas até a descoberta através do diagnóstico médico. O paciente relata que tinha por volta dos 35-40 anos de idade, estando em plena atividade profissional; ele estudava e fazia cursos técnicos para aprimorar-se em seu trabalho (sic).

Os sintomas iniciais, relatados por Joaquim, eram fortes dores nas costas; sua busca pelo diagnóstico foi intensa, entre consultas médicas e exames, sendo que nenhum médico chegava a um resultado mais específico (sic). Até que o paciente foi indicado para um médico neuro-cirurgião, onde após diversos exames realizados, o profissional constatou uma má formação genética, sendo um quadro de ordem congênita, diagnosticando-o com Siringomielia, uma doença rara, de evolução lenta e progressiva, consistindo num distúrbio de medula espinhal.

A assistência psicológica domiciliar, para Joaquim, iniciou em agosto de 2010 e prosseguiu até os dias atuais; os atendimentos liberados pelo convênio médico do paciente somente lhe permite visitas quinzenais, o que, inicialmente, era suficiente.

Porém, à medida que, algumas questões do histórico de vida do paciente se apresentam concomitante a progressão da doença, verificou-se a necessidade de um aumento do número de visitas para, no caso, semanal; o que não foi possível devido ao convênio médico não autorizar.

Inicialmente, Joaquim reagia frente à doença de forma maníaca; demonstrando não querer entrar em contato, muitas vezes falando sobre seu estado, como a doença sendo algo já instalado, porém, sem incorporar o estado de doente crônico.

Quando questionado sobre seu estado atual, Joaquim sempre respondia sem muito aprofundamento, no sentido de não apropriar-se daquilo que se instala; por exemplo, o paciente foi indicado, no ano de 2011, para um transplante de córnea.

Joaquim respondia conforme o que o seu médico lhe dizia. Portanto, se o médico lhe dissesse que havia necessidade de agilidade na cirurgia, o paciente respondia a isso, sem críticas ou questionamentos, o que é natural quando é indicado um processo cirúrgico, dentro de um tratamento médico. Ou seja, o paciente permanecia sempre num estado passivo frente à oferta de tratamento médico.

Certa vez, o médico oftalmologista do paciente lhe disse, através da leitura dos exames pré-cirúrgicos, que a cirurgia de transplante de córnea, embora simples, no quadro atual do paciente, poderia resultar em complicações. Tal fato se dá devido ao embolismo pulmonar presente, ou seja, uma baixa saturação de oxigênio devido ao comprometimento do pulmão (o paciente recebe oxigênio diariamente); portanto, na cirurgia, haveria necessidade de anestesia geral e intubação, o que anuncia riscos.

Frente à demanda emocional apresentada pelo paciente, no que toca o avanço da doença e suas consequências, a direção do trabalho analítico foi fazer com que Joaquim se implicasse em sua questão de adoecimento, fazendo diminuir as reações maníacas apresentadas por ele, possibilitando, assim, que aos poucos o mesmo tomasse consciência de sua doença, no real do corpo.

Das reações maníacas, Joaquim começa pela primeira vez, apresentar angústia frente à doença e suas limitações, concomitantes ao relacionamento familiar em conflito que se apresentava; neste caso, haviam conflitos gerados entre ele e a esposa (cuidadora) pelo fato de Joaquim desdenhar, muitas vezes, o trabalho que gerava sua doença para a mesma. A partir deste ponto, pôde-se ver claramente a passagem daquilo que até então estava sendo negado pelo paciente, ou seja, de admitir-se enquanto doente crônico que, necessita de cuidados. O avanço do caso em questão lança ao paciente sua condição no real, auxiliando não somente atravessar o processo da doença (no avanço progressivo), mas, também minimizando os conflitos oriundos de tal processo na estrutura familiar.

[1] Serão utilizadas as siglas AT para acompanhamento terapêutico e AD para assistência domiciliar, facilitando, assim, a leitura

## REFERÊNCIAS

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.  
HERMANN, Maurício Castejón. **Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

Revista eletrônica:

LAHAM, Cláudia Fernandes. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 10/07/2012 e 15/08/2012.

**Autor(a):**

Andréa Fernandes Bramantti, graduada em Psicologia e pós graduada em Psicologia Hospitalar. **E-mail:** [afbramantti@terra.com.br](mailto:afbramantti@terra.com.br)