

## ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO E GESTALT-TERAPIA: UMA JUNÇÃO POSSÍVEL

Ana Fabrícia Vidal Parente<sup>3</sup>, Tássia Lobato Pinheiro Belmino<sup>4</sup>

### Resumo

O presente artigo tem por objetivo apresentar a Gestalt-terapia como uma teoria que contribua com o trabalho do acompanhante terapêutico. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é repensar a contribuição da Gestalt-terapia para a prática do acompanhante terapêutico, utilizando-se de pesquisa bibliográfica e o método indutivo. Explanou-se sobre a história da loucura, o trabalho do acompanhante terapêutico e sobre a Gestalt-terapia, a fim de avaliar se de fato existem pontos comuns para que a teoria sirva de base ao trabalho do mesmo. Como resultados temos a Gestalt-terapia como um embasamento teórico válido para o acompanhante terapêutico por apresentar diversos pontos em comum, dentre eles, o fato de ambas as práticas trabalharem o sujeito integralmente, levando em conta o local em que este se encontra inserido, bem como o fato de demandarem do social novas posturas que abranjam as diferenças.

**Palavras-chave:** Loucura. Acompanhante Terapêutico. Gestalt-Terapia.

## THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT AND GESTALT-THERAPY: A JOINT POSSIBLE

### Abstract

The therapeutic accompaniment clinical's work is important because it allows the psychotic person to try many places where his monitoring can be performed. The psychotic person has a new position in its treatment, becoming an active member in it. With that being said, the purpose of this paper is to present the contribution of Gestalt-therapy to the therapeutic accompaniment clinical's practices, using bibliographic research and the inductive method. As a result, it is concluded that the Gestalt-therapy has a valid theoretical basis for therapeutic accompaniment clinical because they have several points in common, including the fact that both practices works the whole individual, taking into account the place where he was already inserted, and the fact that they demand a new social position that has to cover all of the differences.

**Keywords:** madness. therapeutic accompaniment clinical's. Gestalt-therapy.

### Introdução

As doenças mentais são inerentes ao ser humano e objeto de curiosidade e estudo de muitos. Ligadas ao misticismo religioso e cultural, as pessoas com doença mental já foram vistas de diversas formas: como pessoas possuidoras de saberes divinos, videntes ou como castigadas divinamente (AYUB, 1996). Com o passar dos séculos, a loucura foi sendo observada a partir de outros olhares, até que nos dias atuais é reconhecida pela ciência como um tipo de doença (GONÇALVES, 2011).

---

<sup>3</sup> Graduada no curso de psicologia da Faculdade Leão Sampaio, pós graduanda no curso de psicologia clínica e gestalt-terapia pelo Instituto Granzotto de psicologia clínica gestáltica;

<sup>4</sup> Professora especialista em gestão de pessoas, Gestalt-terapeuta e diretora da Diálogos-Centro de Desenvolvimento de Pessoas e Psicologia Clínica.  
Autor correspondente: ana.fabrícia@yahoo.com.br

São diversos os tipos de tratamentos, os quais muitas vezes, no início das atividades de manejo com o sujeito, mais se pareciam com tortura, como banhos de mangueira de alta pressão, camisa de força, reclusões, etc. (GONÇALVES, 2011).

Porém, com a revolução antimanicomial ocorrendo em alguns países – chegando ao Brasil por volta da década de 1970 – os tratamentos tomam novos rumos a partir de novas óticas. Uma modalidade é o tratamento feito pelo Acompanhante Terapêutico (a partir de agora chamado de AT), o qual é objeto de estudo deste trabalho. Essa orientação surge em meio às revoluções oriundas do processo de cuidado das pessoas com doença mentais e é considerado como uma nova modalidade de tratamento, tendo como referência primeira, a possibilidade de seu trabalho ser realizado em qualquer lugar e voltado para aspectos sociais. Traz também uma visão diferenciada do sujeito da psicose, propiciando-lhe a possibilidade de criar a partir das vivências do meio, de vínculos sociais e emocionais, retirando-o da condição de um sujeito adoecido e voltando-o para um ambiente propício de adequação à diferença.

Embasou-se a realização deste trabalho na Gestalt-Terapia (GT), já que também cogita uma visão holística do sujeito, considerando o ambiente o qual está inserido, uma vez que tudo acontece no “campo organismo/ambiente” (PERLS; GOODMAM; HEFFELINE, 1997, p.42). Somente a partir desse intercâmbio é que podemos compreender a experiência, que não se dá em nenhuma das partes, mas na interação (POLSTER; POLSTER, 2001).

Utilizou-se para o intento desse trabalho a pesquisa bibliográfica, fundamentada em fontes já publicadas sobre o tema, não ficando restrita apenas a livros, mas se expandindo para quaisquer meios que possam oferecer um maior embasamento teórico à cerca do tema proposto.

Diante do apresentado, o presente trabalho está dividido em 6 seções além desta introdução. Na seção 2 descrevemos a metodologia para alcance do objetivo proposto neste trabalho. Na seção 3 é estudado acerca da história da loucura, abordando os tratamentos iniciais e como ela foi considerada doença nos dias atuais. A seção 4 possui os dois tópicos objetos deste estudo: descreve sobre o acompanhante terapêutico, suas funções e importância e em outro tópico aborda o tratamento feito pela Gestalt-Terapia com o indivíduo doente. Na seção 5, é apresentado os resultados extraídos a partir da associação dessas duas práticas e finaliza-se com a seção 6 apresentando as considerações finais acerca da pesquisa realizada.

## **Metodologia**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e o método utilizado foi o indutivo. Para a construção do mesmo foram utilizados artigos localizados nos sites Scielo e Google Acadêmico,

encontrados diante de várias pesquisas realizadas no período compreendido entre os meses de julho de 2014 a janeiro de 2015, como também, livros e revistas sobre o tema desejado. Depois de examinar todas essas fontes, decidiu-se basear esse trabalho em três pontos proeminentes por acreditar que são eles os que mais dão suporte a temática trabalhada. São estes: 1) O trabalho do Acompanhante Terapêutico; 2) A Gestalt-Terapia; 3) O embasamento teórico da Gestalt-terapia no fazer do Acompanhante terapêutico.

## **História da Loucura**

Desde o início das civilizações, a loucura sempre foi vista como uma espécie de bruxaria ou feitiço; ou ainda como possessões de espíritos maléficos e tratada em lugares místicos como os templos. Com a advinda do período conhecido como antiguidade clássica (séc. VIII a.C. ao séc. VII d.C.), a ideia de loucura envereda por um caminho totalmente oposto, onde as pessoas tidas como loucas passaram a ser vistas como possuidoras de saberes divinos (GONÇALVES, 2011).

No século XVIII, passou-se a enxergar de forma diversa o comportamento humano e suas vivências, estabelecendo padrões e normas à essas experiências. Foi estabelecido assim *o diferente*, ou seja, qualquer um que não adotasse as normas estabelecidas pela sociedadee por motivo qualquer fugisse dos padrões (GONÇALVES; SENA, 2001, grifo nosso). A partir de então, os diferentes – como é o caso dos doentes mentais (pessoas com deficiência intelectual e todos os ditos improdutivos) – foram levados para a margem da sociedade, permanecendo cada vez mais distantes daquelesque são reconhecidos como normais e produtivos, induzindo-os ao estado de aglomeração nas vias urbanas, pois na maioria das vezes, não eram aceitos por suas famílias e não tinham quem os socorressem (GONÇALVES; SENA, 2001).

Devido à quantidade cada vez maior de pessoas com doenças mentais nas ruas, fez-se necessário a instauração de locais com a finalidade de abrigá-los: eis que surgem então os manicômios<sup>5</sup>. Acreditava-se que atrás dos muros desses estabelecimentos, todos os sujeitos considerados diferentes, não poderiam mais causar dano algum para a sociedade. Essas instituições tinham por obrigação educarem-nos para a religiosidade e a moralidade. Para isso, no entanto, os doentes passavam por tratamentos distintos, por vezes cruéis, chegando a serem torturados (GONÇALVES, 2011).

Os atendimentos eram embasados somente através da cura e no controle das doenças, além de se caracterizarem pela repressão e punição, ignorando quaisquer outras influências na vida do sujeito, como nos apresentam Andrade e Pedrão (2005):

A psiquiatria não considerava o paciente como sujeito ativo no seu tratamento, não envolvia a sua família e não valorizava a sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O

<sup>5</sup> Conhecidos como Hospitais Gerais, essas instituições surgem com a função de separar os ditos improdutivos, educando-os para a religiosidade e punindo severamente os ociosos.

principal era a doença (ANDRADE; PEDRÃO, 2005. p.738).

Aos poucos, essa visão foi se modificando devido ao Racionalismo Moderno, que compreendia a loucura de forma complexa, considerando todos os aspectos da vida do sujeito. Passou-se então, a visualizar a loucura como um conjugado de comportamentos ligados a moralidade (GONÇALVES, 2011).

O médico Neurologista Philippe Pinel, em 1793, fez a classificação dos sintomas da loucura, os destituindo dos demais comportamentos amorais, como nos diz Gonçalves (2011, p.24, grifo nosso): “[...] ele classificou os sintomas da loucura, distinguindo-a da ociosidade, da culpa social e impondo-lhe o estatuto de *doença mental*”. Sendo essa a primeira vez que se fala de loucura como algo de ordem fisiológica, separando-a de qualquer manifestação mística, enquadrando-a como doença. Pinel questionou também os métodos utilizados nos tratamentos ora estabelecidos e criou o hospital psiquiátrico, inaugurando junto, o Tratamento Moral:

[...] Surge, então, o tratamento moral, que consistia em um conjunto de estratégias com finalidade de reeducação da mente alienada, nas quais a própria organização do regime hospitalar teria importante papel [...]. A disciplina era feita por intermédio de repressão, como, por exemplo, privação de visitas, diminuição de alimentos, reclusão solitária, colete de força, camisa de força, banhos com mangueira de alta pressão e visava o efeito corretivo (BORILLE apud GONÇALVES, 2008, p.22).

No Brasil começa a surgir somente na década de 1970, os indícios acerca da reforma psiquiátrica, iniciando as críticas ao modelo hospitalocêntrico, devido ao surgimento do movimento intitulado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) o qual passou a encabeçar os movimentos pró-reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995). Porém, esta foi firmada, verdadeiramente, somente na década de 1980, onde, progressivamente, houve a substituição dos manicômios por diversos tipos de atuações. Andrade e Pedrão (2005, p.738) nos dizem acerca do nascedouro da reforma psiquiátrica que:

A reforma psiquiátrica nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação dos doentes mentais. Para isso, é necessária a humanização do atendimento ao psicótico, a territorialização dos dispositivos de atenção e a construção de alternativas diversificadas de atenção. As práticas assistenciais devem potencializar a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e devem superar a relação de tutela e a institucionalização/cronificação.

A partir das mudanças ocorridas no âmbito da saúde mental, novas práticas terapêuticas se fizeram

necessárias. Entre elas, destaca-se o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Hospital Dia e o surgimento do Acompanhante Terapêutico, sobre o qual este trabalho tem por atenção na seção a seguir.

## **Os Métodos Terapêuticos: O Acompanhante Terapêutico e a Gestalt-Terapia.**

### **O Acompanhante Terapêutico**

Herdeiro do movimento antipsiquiátrico inglês, italiano e da psicoterapia institucional francesa, o AT chega ao Brasil, somente na década de 1970, intitulado Amigo Qualificado. Porém a nomenclatura aos poucos foi sendo modificada, tendo em vista a mudança da visão do trabalho desse profissional. A expressão *amigoqualificado* remete a uma relação de amizade entre o profissional e o paciente, enquanto que acompanhante terapêutico remete ao caráter terapêutico da proposta (PARAVIDINI; ALVARENGA, 2008, grifo nosso). Surge este, como uma proposta inovadora e ousada de acompanhamento para as pessoas com problemas mentais (ANTÚNEZ; BARRETO; SAFRA, 2011).

Essa proposta trazia consigo um modelo transformador de desinstitucionalização, permitindo-se trabalhar com os pacientes em diversos e variados locais como nas ruas, praças, passeios públicos, etc. Além disso, mudava-se também o foco do trabalho de não somente retirar os pacientes das clínicas e hospitais, mas também, apresentá-los à um modelo mais amplo, que os trabalhasse em todos os âmbitos de sua vida, diferentemente do trabalho ofertado nas instituições, que visualizavam somente à doença (PULICE, 2012).

Assim, o AT apresenta-se como uma ideia mais radical do que outras, uma vez que trabalha a inclusão de uma forma geral para o paciente, desenvolvendo o exercício da cidadania, rompendo totalmente com o modelo manicomial – devido às novas experiências de encontro – distinguindo-se das demais propostas vivenciadas dentro dos serviços ofertados tais como o hospital dia; traz também diversos benefícios não só ao usuário, mas também à equipe como um todo, uma vez que o acompanhante servirá de ponte entre a equipe e o indivíduo (PALOMBINI, 2006). Também sobre isso, Palombini, reafirma:

O acompanhante terapêutico trata de fazer chegar essa diferença à equipe, trazendo-a, como um mensageiro, para dentro da instituição, o que termina por exigir da equipe um reposicionamento em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação (PALOMBINI, 2004, p.152).

Assim, a função do AT só poderá ser determinada a partir da estratégia de acompanhamento definida pela equipe, família e sujeito. Sendo, na verdade, variante esse papel caso a caso, caracterizando-se como uma prática dinâmica, não enrijecida (PULICE, 2012).

Deve-se atentar aqui ao fato de que mesmo além dos muros de manicômios, hospitais e clínicas, pode se constituir um espaço de segregação ao invés de inclusão. Cabe ao AT vigiar e resguardar sua prática afim de que isso não ocorra, já que a reclusão encontra-se bem além das prisões físicas, mas sim arraigadas psiquicamente (PALOMBINI, 2006).

## **Gestalt-Terapia**

A Gestalt-Terapia tem seu marco inicial em 1951, com o lançamento do livro de mesmo nome, por Frederick Perls juntamente com Ralph Hefferline e Paul Goodman (GINGER; GINGER, 1995). Esta obra refere influências de muitos outros teóricos como Laura Perls, Isadore From, entre outros, e traz como conceito fundamental a visão holística do homem. Compreende o ser humano na sua relação homem/ambiente, já que todas as nossas relações se dão a partir daí. Perls et al. (1997, p.42) nos trazem que:

Denominemos esse interagir entre organismo e ambiente em qualquer função o “campo organismo/ambiente”, e relembremo-nos de que qualquer que seja a maneira pela qual teorizamos sobre impulsos instintos etc., estamos nos referindo sempre a esse campo interacional e não a um animal isolado.

Desse modo fica claro que somente podemos compreender as experiências vivenciadas, tendo em mente a interação entre o organismo, o ambiente e o que a própria interação gera. Assim para um entendimento da prática como ela se caracteriza, faz-se necessário apresentar a seguir outro conceito tão importante quanto: O de Self (ROBINE, 2006).

Perls et al. (1997, p.49) apresenta o self como sendo: “A fronteira de contato em funcionamento”, ou seja, o contato que se dá nessa fronteira organismos/ambiente. Esse contato é variável de acordo com as necessidades de estímulo ofertadas pelo meio e pelas características orgânicas dos indivíduos. Sendo assim, a Gestalt-terapia não acredita em um self individual, já que tudo parte do contato entre o organismo e o meio (PERLS, et al.,1997). Podemos então dizer que o self tem suas próprias funções e dinâmicas, a saber: o pré-contato, o contato, contato final e pós-contato. A seguir serão descritas cada uma dessas fases, porém, é importante salientar que essa divisão foi feita apenas com fins metodológicos, já que se realizam todas mutuamente.

O pré-contato é a primeira fase. A fase das sensações, onde os excitamentos surgirão a partir de estímulos do meio, tornando-se figuras. O processo de estabelecer o contato em si, acontece na segunda fase, que chamaremos de “contato”. Já a terceira fase denomina-se de “contato pleno” ou “contato final” e é um momento de indistinção entre o organismo e o meio, de banimento da fronteira do contato. A última fase é o “pós-contato”, onde as experiências vivenciadas são assimiladas, favorecendo o crescimento (GINGER; GINGER, 1995).

Diante do acrescentado anteriormente, podemos concluir que o contato é algo dinâmico, inventivo e ativo, pois está a toda hora lidando com o novo, com o inesperado, tentando assimilá-lo. Essa assimilação são os ajustamentos do campo. Assim, “Todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente” (PERLS et al., 1997, p. 45). Porém, o contato não pode aceitar passivamente o novo; esse deve ser assimilado de tal modo que não são a todos os fatos advindos do contato com o meio que deverá ser respondido. A partir da subjetividade humana, elege-se quais os eventos que causam maior interesse e quais serão experimentados ou contatados (POLSTER; POLSTER, 2001).

Entretanto, existem objeções naturais que os homens fazem como uma maneira de evitar os desequilíbrios. Os fatos que são percebidos como sendo nocivos ou maléficos aos seres humanos não serão assimilados, pelo contrário, tentar-se-á a defesa para dar continuidade ao equilíbrio (PERLS, 1988). Esse resguardo Perls et al. (1997), denominam de inibição de contato. Existem pelo menos quatro modos de inibição do contatou que são a Introjeção, a projeção, a confluência e a retroflexão.

Na introjeção, ocorre a aceitação de comportamentos que lhe são estranhos, porém, de tanto se repetirem, poder-se-á acreditar que são genuínos. Já na projeção ocorre o inverso: são arremessados para o meio conceitos pré-estabelecidos de comportamento como se aqueles ao ambiente pertencessem, retirando dos homens a responsabilidade e a culpa pelos mesmos. Na confluência ocorre o sentimento total de pertença com o meio, como se entre o sujeito e o meio não houvesse barreira. E por último, a retroflexão, onde o sujeito volta para si mesmo a agressividade necessária à mudança do meio (ROBINE, 2006). Assim, fica claro que o organismo saudável, assimila o que necessita e rejeita o que não é assimilável (PERLS, 1988).

Para a Gestalt-Terapia o estado saudável se caracteriza pelo processo de ajustamento às condições do meio, que estão sempre variando. Perls apresentou este mecanismo em seu livro intitulado de Ego, Fome e Agressão (2002), fazendo um paradoxo com a alimentação, através da qual assimila-se o que é bom, pelo processo da mastigação, e rejeita-se o que é prejudicial (CARVALHO; COSTA, 2010).

Assim, a psicose ou o ajustamento de busca, é um tipo de ajustamento criativo, onde a formação da figura/fundo encontra-se comprometida, enrijecida (PERLS et al. 1951), pois os sujeitos encontram-se fixados na realidade disponível, na tentativa de dar de conta das demandas advindas do social

(MÜLLERGRANZOTTO; MÜLLERGRANZOTTO, 2012a).

Em outras palavras, o ajustamento de busca não favorece a formação da figura, já que o fundo está desorganizado, fazendo com que o sistema self se tornese endurecido, não conseguindo responder de maneira espontânea às demandas advindas do meio. Por vezes, esse ajustamento pode não ser suficiente para dar conta da demanda do outro social, acontecendo formas radicais de defesa, conhecidos como surtos (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012a).

O surto não acontece de forma eventual ou aleatória, este normalmente tem algo que o desencadeou e que geralmente é uma demanda a qual o sujeito não consegue responder. Portanto, consiste aqui talvez o papel mais importante eticamente dentro da clínica gestáltica, o de não demandar do sujeito, acolhendo-o em sua singularidade, como nos diz Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012b, p. 250-251): “A tarefa ética dos profissionais que atuam como clínicos é, sobretudo, acolher os ajustamentos de busca e estabelecer o manejo das demandas para quais aqueles ajustamentos são respostas”.

Porém, isso não significa que não se possa demandar dentro da clínica gestáltica, mas essa demanda será deslocada do sujeito da psicose para o meio onde este se encontra inserido, na tentativa de empoderamento do sujeito e enfrentamento ao espaço:

E eis aqui o sentido político da atenção gestáltica às psicoses. Trata-se de deslocamento dos sujeitos (da psicose) do campo da clínica para o campo da interlocução e do enfrentamento ao terceiro, na “expectativa” de, assim, gerar-se neste terceiro, se não um desejo, ao menos uma resposta da ordem da inteligência social (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b, p. 252).

Não se sabe ao certo as causas que originam a psicose. Muitos autores falam de causas genéticas, outros de causas traumáticas e outras infinidades de possíveis causas, não se chegando a uma concordância entre sua origem. No entanto, a este trabalho interessa saber somente que a Gestalt-terapia não foca nas suas possíveis causas, mas sim, na forma que se manifesta, levando em consideração o campo organismo/ambiente.

## **Resultados e Discussão**

Tendo em vista que, o trabalho do Acompanhante Terapêutico se caracteriza por intervenções no cotidiano do paciente, a fim de propiciar-lhe espaços para construção de vínculos sociais e emocionais a partir do ambiente que está inserido (ANTUNÉZ; BARRETO; SAFRA, 2011) e que a Gestalt-terapia é uma abordagem compreensiva que desloca o conteúdo do comportamento para a forma com que este

aparece na interação do campo organismo/ambiente (PERLS et al. 1997); enxerga-se aqui a possibilidade de junção entre a proposta do AT e da GT, esta, servindo de arcabouço teórico para àquela nova modalidade de tratamento terapêutico.

Podemos afirmar que uma das maiores contribuições do AT para o tratamento das pessoas que realizam ajustamento de busca foi a migração dessas pessoas ora tratadas em clínicas, hospitais, manicômios, entre outros, para um ambiente peculiar como as vias urbanas, dando-se assim, a interação com o meio que é próprio do indivíduo, o qual já faz parte do seu cotidiano (CHAUÍ-BERLINCK, 2010). Temos aqui o primeiro ponto de concordância com a Gestalt, que prega que todas as relações se darão a partir da interação organismo/ambiente, e que para qualquer vivência do sujeito não se pode subjugar nenhuma dessas partes, mas sim, compreendê-las como um todo (PERLS et. al. 1997).

Importante no trabalho do AT também é a posição ética assumida por ele. É necessário não avaliar o sujeito em acompanhamento e contrário a isso, apoiá-lo, para que o paciente possa manter uma atitude semelhante de aceitação, não se sentindo menosprezado ou diminuído, mas sim acolhido, podendo também nesta disposição mostrar-se diante do outro, na sua totalidade (CHAUÍ-BERLINCK, 2010). Um distinto e forte paralelo com a Gestalt-terapia se faz necessário nesse sentido, pois a mesma traz uma visão igualitária das psicoses, acreditando que o sujeito com doença mental não é um incapaz, mas sim, que seu adoecimento foi a melhor forma por ele encontrada de enfrentamento diante de suas vivências (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012a).

De acordo com Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012b, p.254) as funções do trabalho do AT:

São atividades de acompanhamento terapêutico, isto é, atividades compartilhadas que objetivam produzir um efeito no meio social, no outro social, qual seja tal efeito, o desejo, o desejo por uma nova configuração, que inclua o sujeito da psicose (MÜLLER; GRANZOTTO; MÜLLER; GRANZOTTO 2012b, p.254).

Com essa citação, os autores chamam atenção para um ponto relevante: o AT que se utiliza da gestalt-terapia, não demandará do sujeito que este se encaixe no social, mas sim, vai demandar do outro social que este assuma uma nova configuração, a fim de abarcar as diferenças, atuando como um crítico às causas da exclusão (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b).

É papel do AT também, acompanhar aqueles que rodeiam mais de perto o sujeito, como a equipe médica e a família, e intervir se necessário, também nesses ambientes, já que devido ao acompanhamento mais íntimo com o sujeito está à frente no que refere as estratégias positivas ou não (PALOMBINI, 2006). Sobre isso, dizem Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012b, p.262) que “O AT gestáltico deveria poder ajudar os familiares a reconhecer a presença e os efeitos das demandas que, de modo

inconsciente, dirigiriam aos sujeitos da psicose”.

Importante se faz salientar que mesmo sendo uma enorme contribuição a migração das clínicas para as ruas, esse movimento por si só não se caracteriza em um tratamento, podendo ser bem mais prejudicial que benéfico ao sujeito da psicose, se não manejado de maneira adequada, o expondo a situações que podem deixá-lo vulnerável. Sendo assim, há de se primar pela acolhida social do sujeito, bem como pelas suas produções nesse meio. Ainda, calcular os possíveis riscos e benefícios a fim de julgar, juntamente com o sujeito, se a prática lhe é favorável (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b).

### **Considerações Finais**

De acordo com as referências utilizadas, ficou claro que a Gestalt-terapia que pode servir de embasamento teórico para a prática do AT.

Essa Prática traz consigo uma visão holística de homem, não dissociado do meio onde vive, considerando a interação entre organismo e o ambiente para compreender suas ações. Assim, o homem é visto como um todo, não priorizando nenhuma das partes em detrimento da outra.

Outro ponto importante é a posição assumida pela mesma: não julgar o sujeito e suas ações, não o diminuindo ou menosprezando, mas o contrário, acolhendo todos os ajustamentos provenientes do sujeito para que este, sentindo-se acolhido, possa mostra-se em sua totalidade. Vale ressaltar que o adoecimento do sujeito deve ser encarado como a melhor forma de ajustamento à sua realidade.

Ainda na GT, a demanda não será dirigida ao sujeito para que este se adeque a sociedade onde se encontra inserido, mas sim confere ao meio essa atribuição, para que o doente possa se reinventar a fim de abarcar as diferenças provenientes de cada sujeito. Logo, fica claro, que as demandas serão voltadas a terceiros, como a família, equipe terapêutica, governantes etc.

A Gestalt-Terapia embasa integralmente os trabalhos da prática do Acompanhante Terapêutico, tendo em mente ambas serem compreensivas, deslocando o foco de seus trabalhos da doença do sujeito, para compreendê-lo com um todo, influenciado pelo seu ambiente e ativo em seu processo de acompanhamento.

Considera-se essencial para o melhoramento e aprimoramento da experiência a respeito do AT, estudos mais criteriosos e voltados ao seu trabalho, inclusive para o embasamento teórico desta prática, um aprofundamento especial na abordagem gestáltica *a posteriori*.

## Referências

- AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico. In: **Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**, v.4, n.2, p.37-44. 1996. Disponível em: <[http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_04\\_2/in\\_10\\_08.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_04_2/in_10_08.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2015.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ANDRADE, R. L. de P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 737-742, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a19.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2014.
- ANTÚNEZ, A. E. A.; BARRETO, K. D.; SAFRA, G. Acompanhamento Terapêutico: Contribuições de Minkowski In. ANTÚNEZ, Andrés Eduardo Aguirre (org.). **Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teoria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- CARVALHO, L. C. de; COSTA, I. da. A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. In. **Revista da Abordagem Gestáltica**. v.16, n.1, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1809-686720100001&lng=pt&nrm=i](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1809-686720100001&lng=pt&nrm=i)>. Acesso em: 23 ago. 2014.
- CHAUÍ-BERLINCK, L. O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. In: **Arquivos brasileiros de psicologia**. v.62, n.1, 2010. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/530/397>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- GINGER, S.; GINGER, A. **GESTALT: Uma terapia do contato**. 5 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1995.
- GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In. **Revista latino-Americana Enfermagem**. v.9, n.2, p.48-55, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>>. Acesso em: 23 ago. 2014.
- GONÇALVES, C. A. B. O acompanhamento terapêutico e a reforma psiquiátrica. In. ANTÚNEZ, Andrés Eduardo Aguirre (org.). **Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teoria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.
- MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas Gestálticas: Sentido ético, político e antropológico da teoria do Self**. São Paulo: Summus Editorial, 2012a.
- MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Psicose e Sofrimento**. São Paulo: Summus Editorial, 2012b.

PALOMBINI, A. de L. et. al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública.** A clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS, 2004. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/ppgpsi/projetos/a-reinvencao-das-praticas-de-cuidado-nos-servicos-residenciais-terapeuticos-uma-escrita-de-si/files/programa\\_acompanhamento\\_terapeutico-1.pdf](http://www.ufrgs.br/ppgpsi/projetos/a-reinvencao-das-praticas-de-cuidado-nos-servicos-residenciais-terapeuticos-uma-escrita-de-si/files/programa_acompanhamento_terapeutico-1.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

PALOMBINI, A. de L. Acompanhamento Terapêutico:dispositivo clínico-político. In. **Revista psychê.** São Paulo: [s. n.], V. 10, n. 18. Set. 2006, p. 115-127.Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a12.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

PARAVIDINI, J. L. L.; ALVARENGA, C. Acompanhamento Terapêutico (AT) e Saberes Psicológicos: Enfrentando a História. In. **Revista Institucional de Psicologia**, v .1 n.2, p.172-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/43/16>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R. e GOODMAN, P. **Gestalt-terapia.** 2 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

POLSTER, E.; POLSTER M.; [Tradução de Sonia Augusto]. **Gestalt-terapia integrada.** São Paulo: Summus Editorial, 2001.

PULICE, G. O.; [Tradução de Sandra M. Dolinsky]. **Fundamentos Clínicos do Acompanhamento Terapêutico.** São Paulo: Zagadoni, 2012.

ROBINE, Jean-Marie. **O Self desdobrado:** perspectiva de campo em Gestalt-terapia. São Paulo: Summus Editorial, 2006.



Recebido: 28/04/2015

Aceito: 28/12/2015