



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
Campus de Bauru  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
do Desenvolvimento e Aprendizagem**

**Simone Pantaleão Macedo**

**A CLÍNICA NO ESPAÇO PÚBLICO: VIVÊNCIA DE ATORES  
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO  
TERAPÊUTICO (AT)**

**Bauru - SP  
2011**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
Campus de Bauru  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
do Desenvolvimento e Aprendizagem**

**Simone Pantaleão Macedo**

**A CLÍNICA NO ESPAÇO PÚBLICO: VIVÊNCIA DE ATORES  
ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO  
TERAPÊUTICO (AT)**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Faculdade de Ciências, campus de Bauru – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração: Comportamento e Saúde.

Orientadora: Profa. Adjunta Carmen Maria Bueno Neme

**Bauru - SP  
2011**

Pantaleão Macedo, Simone.

A clínica no espaço público: vivência de atores envolvidos no processo de acompanhamento terapêutico (AT). / Simone Pantaleão Macedo, 2011.  
149 f.

Orientador: Carmen Maria Bueno Neme


Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências, Bauru, 2011

1. Acompanhamento Terapêutico (AT). 2. Análise de conteúdo de Bardin. 3. Psicodinâmica. 4. Psicanálise. 5. Saúde. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE SIMONE PANTALEÃO MACEDO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.**

Aos 21 dias do mês de fevereiro do ano de 2011, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. KLEBER DUARTE BARRETTO do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Paulista - Unip, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de SIMONE PANTALEÃO MACEDO, intitulada "A CLÍNICA NO ESPAÇO PÚBLICO: VIVÊNCIAS DE ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA----- . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

  
Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

  
Prof. Dr. KLEBER DUARTE BARRETTO

  
Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

*Dedico este trabalho aos meus filhos Yuri,  
Yasmim e Yan por renovarem em mim constantemente o  
exercício da doação, devoção e amor.*

## ***Agradecimentos***

*Agradeço, antes de tudo, àqueles que me deram a oportunidade de viver, de seguir um caminho com um propósito claro e transformador: à Deus, ao meu querido pai (Silvio Macedo), e à minha formosa mãe (Maria Inez Pantaleão Macedo) obrigada pelo amparo e dedicação incondicionais.*

*Meus incontáveis agradecimentos às mulheres que me ensinaram o valor e a benção do trabalho comunitário, à minha iluminada avó materna, Maria da Glória Pantaleão (in memorian), e à minha querida tia paterna, Maria Helena Ribeiro de Castro (in memorian), mulheres calcadas no alicerce do trabalho comunitário, na busca do direito, da socialização e reconstrução do sujeito, minhas reverências.*

*Minha admiração e gratidão a querida amiga Eunice Barbosa dos Santos (in memorian) pelo companheirismo, incentivo, e por todas as orações que fortaleceram espiritualmente os sonhos e projetos do Grupo Essência.*

*Meus profundos agradecimentos a todos os pacientes e ats que juntos trilharam e construíram comigo a esperança de um mundo melhor, em especial, àqueles que se dedicaram para a construção deste trabalho: Bela, Heremita, Adonís, Apolo, Pequeno Polegar, Esperança (in memorian), Estrela, at Flor de Campo, at Hortência, at Copo de Leite e at Margarida.*

*Agradeço à ex-aluna de Psicologia, Fernanda Fernandes, pela dedicação, empenho e carinho durante o auxílio na transcrição das entrevistas.*

*Agradeço aos mestres que acompanharam e orientaram sempre com dedicação e competência minha formação, que possibilitaram e auxiliaram a construção de um caminho sólido, pautado na ética e no amor. Muito obrigada Dra. Heloísa Benevides Chiattonne, Psicólogo, at e amigo Jorge Leiva, Dr. Pablo Roig, Dr. Cirilo Tissot, Dr. Eduardo Kalina, Dr. Sérgio Lianza, Dr. Silvio Yasui, Dr. Jonas Nelman, Ms. Claudemir Gomes, Ms. Claudia Tavares Ruggi, Dra. Sandra Leal Calais, Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. Em especial minha orientadora Profa. Adjunta. Carmen Maria Bueno Neme, pela paciência, respeito e amor, minha eterna gratidão.*

*Meu agradecimento à querida Dra. Tânia Gracy Martins do Vale pelo incentivo e contribuições para o aprimoramento e concretização deste trabalho.*

*À querida Gethiely Silva Gasparini, oficial administrativo da Pós-Graduação, pela imensa cordialidade e dedicação que oferece durante o atendimento dos alunos da Pós, meu sincero agradecimento e consideração.*

*Ao Dr. e amigo Kleber Duarte Barreto agradeço a incrível disponibilidade durante estes cinco anos de existência do Grupo Essência. Todos os anos, mesmo aqueles que não te conhecem esperavam ansiosamente suas contribuições ao findar mais um ano de concretização deste trabalho. Fechar mais uma etapa deste percurso com o seu acompanhamento é um grande privilégio.*

*Às ats que permaneceram na concretização dos sonhos do Instituto de Psicologia Essência, at Nilva Sanches Grecco, at Magali Ferreira Pinto, at Mirella M. Justi e at Camila Guimarães Held, meus sinceros agradecimentos por não deixarem morrer o propósito que nos une, o amor ao próximo e a esperança da construção de uma saúde integrada.*

*Minha gratidão à UNIP, em especial à coordenadora do curso de Psicologia, Mariângela Braguim, e à Faculdade Educacional de Araçatuba, em especial, ao ex-coordenador do curso de Psicologia Ms Claudemir Gomes pela confiança e valorização do trabalho durante todos estes anos de atuação.*

*Meu agradecimento a amiga e companheira de trabalho Ms. Sandra Lourenço, atual coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Educacional de Araçatuba, que me ofertou consolo e acolhimento durante este percurso.*

*Outro agradecimento é destinado aos meus alunos que abrem os meus olhos, que por vezes começam a fechar, que renovam minhas esperanças, que me alimentam com amor e gratidão, que me alertam para o reconhecimento dos meus erros, e, que ensinam e renovam constantemente em mim a arte de continuar. Em especial ao grupo Essência pelo carinho, dedicação, apoio e amor com o trabalho.*

*Meu eterno agradecimento à companheira Mirella Justi pelo fôlego incansável nos momentos de sufoco, pela complacência e dedicação durante a realização das entrevistas, pela sinceridade, honestidade e devoção.*

*Agradeço à incansável companheira e at Nilva Sanches Grecco o carinho, a cumplicidade, a confiança, a crença no trabalho do AT, a persistência nos momentos de luta e todas as estimáveis contribuições.*

*Agradeço a equipe do Ambulatório de Saúde Mental de Araçatuba pela confiança e respeito com nosso trabalho, em especial, à assistente social Delva Pereira de Oliveira, à psicóloga Eliana Ferrarini P. Disaro, à terapeuta ocupacional Maria Ângela Toqueton Sanches, ao enfermeiro Fernando Marques Teixeira, ao psiquiatra Dr. José Fraguas Neto, ao Dr. José Usan Jr. e o enfermeiro chefe do departamento Duílio Igor de Oliveira.*

*Meu agradecimento a psicóloga, at e coordenadora da Casa Lar Shaloom da APAE, Andréia Carvalho Castro Barcello pela parceria, pelo carinho e consideração com que tem recebido os aprendizes de AT durante o estágio de formação.*

*Ao enfermeiro Carlos Alberto Selis, meu eterno agradecimento pela dedicação, apoio, contribuições e auxílio nos momentos críticos do trabalho, além do singelo amor e dedicação aos pacientes e a toda equipe Essência.*

*Meus incontáveis agradecimentos às funcionárias que me auxiliaram no amparo dos meus filhos durante este trajeto, em especial, à querida Suellen dos Santos Silva e Valdeci Piona Santana (Sueli). O carinho e a dedicação de vocês me tranqüilizaram nos momentos de ausência e permitiram à concretização deste trabalho.*

*Agradeço meu ex-marido, Saulo Renato Sato, pelo apoio nos momentos de dificuldade e pelo acolhimento de nossos filhos nos momentos de ausência.*

*Por fim, e de longe, não menos importante gostaria de agradecer a devoção dos meus irmãos, Jú (Silvio Macedo Junior) e Dedé (André Pantaleão Macedo) em relação à minha família. A você Jú meu mais singelo agradecimento por ter sido durante estes doze anos um verdadeiro e fiel acompanhante do meu filho Yuri, graça impossível de te*



*recompensar, que Deus abençoe e ilumine sempre seus caminhos, meu querido irmão, meu querido amigo.*

*“O AT é uma prática generalista, intensa, dispositivo integrante da vida diária, aquele que faz junto, busca preencher o vazio, compartilha as necessidades e finaliza metas. Experiência que possibilita a ampliação do olhar profissional, a aprendizagem da escuta terapêutica, prática geradora de crescimento pessoal e profissional, promotora de mudanças na forma de olhar o ser humano e o mundo”*

**(Flor de Campo; Hortência; Copo de Leite; Margarida).**

MACEDO, S. P. **A clínica no espaço público: vivência de atores envolvidos no processo de acompanhamento terapêutico (AT)**. 2011. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

### **Resumo**

A literatura em Acompanhamento Terapêutico (AT) demonstra crescente número de estudos sobre as diversas variáveis que caracterizam esta modalidade clínica, revelando pouca exploração da natureza da participação dos acompanhados e dos familiares neste processo. O objetivo deste trabalho foi descrever e analisar cinco casos atendidos na modalidade do AT, identificando vivências, funções desempenhadas pelos acompanhantes terapêuticos (ats) e resultados do processo por meio do discurso desses sujeitos. Em cada caso, foram realizadas entrevistas gravadas e posteriormente transcritas com os participantes de cada processo de AT: ats, acompanhados e familiares. As entrevistas foram analisadas e os dados foram categorizados, de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados segundo as categorias obtidas, analisando-se e comparando-se as vivências dos atores envolvidos no processo de AT, com base nos pressupostos da teoria psicanalítica. As vivências dos pacientes apontam para o AT como um dispositivo terapêutico integrador e antissegregador, por se consolidar em um lugar de ancoragem para as mais diversas angústias, além de instrumento de valorização da subjetividade e reconstrução social. As ats trazem como vivência a preocupação quanto à constituição deste local de ancoragem, capaz de ser continente para o que nele necessita ser contido, e referenciam o espaço da supervisão e a troca grupal como ponto de ancoragem para suas próprias angústias durante o processo. A figura materna é prevalente como participante familiar nos processos de AT estudados. Os dados das vivências maternas revelaram que, se por um lado, a figura do at representou acolhimento, companheirismo e proteção, por outro lado, ela aparece como eliciadora de invasão e desconfiança. Conclui-se que o processo de AT, além de auxiliar no resgate de funções comprometidas pelo adoecimento, configurou-se como dispositivo que privilegia a força criativa transformadora que habita o ser em desenvolvimento. O discurso das ats também revelou esta prática clínica como um terreno fértil para o desenvolvimento profissional e a transformação pessoal. O AT, neste estudo, mostrou-se como um dispositivo voltado para a singularidade da pessoa e psicossocialmente relevante para a prática de uma clínica antimanicomial.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico (AT). Análise de conteúdo de Bardin. Psicodinâmica. Psicanálise. Saúde.

MACEDO, S. P. **Clinic in public space: experiences of actors in the therapeutic accompaniment process ( TA)**. 2011. 149 f. Dissertation (Master's degree in Psychology of Development and Learning) – Univ Estadual Paulista, Science College, Bauru, 2011.

### **Abstract**

The literature on Therapeutic Accompaniment (TA) shows an increasing number of studies about the several variables which characterize this clinic modality, revealing little exploration of the nature of the participation of the accompanied ones and their families in this process. The objective of this work was to describe and analyze five cases attended in this modality of the TA, identifying experiences, functions performed by the therapeutic companions (TCs) and results of the process by means of these individuals' speeches. In each case, recorded interviews were done and they were later transcribed with the participants of each process of TA: companions, accompanied ones and family. The interviews were analyzed and the data were categorized according to Bardin's content analysis technique. The results were organized according to the categories obtained, analyzing and comparing the experiences of the actors involved in the TA process, based on the psychoanalytic theory assumptions. The patients' experiences indicate TA as a therapeutic, integrator and anti-segregating device, because it consolidates in a place of anchorage for various agonies, besides being instrument of subjectivity appreciation and social reconstruction. The companions bring as experience the worry about the constitution of the place of anchorage, able to be continent to what needs to be kept in it, and cite the supervision space and the group exchange as an anchorage spot for their own agonies during the process. The mother figure is prevalent as a family participant in the TA processes studied. The data of maternal experiences revealed that, if on one hand, the companion figure represented reception, companionship and protection, on the other hand, it appears as invasion and distrust eliciting. It was concluded that the TA process, in addition to assisting the rescue of the functions affected by the illness, was set as a device which privileges the transforming creative force which lives in the developing being. The companions' speeches also revealed this clinic practice as a fertile land for the professional development and the personal transformation. The TA, in this study, was shown as a device facing the person's singularity and psycho-socially relevant to the practice of an anti-asylum clinic.

**Key words:** Therapeutic accompaniment (TA). Bardin's content analysis. Psychodynamic. Psychoanalysis. Health.

## Lista de Quadros

Quadro 1 -	Apresentação dos atores envolvidos no processo de AT.....	47
Quadro 2A -	Vivências de Bela em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas.....	66
Quadro 2B -	Vivências de Bela quanto aos resultados obtidos.....	69
Quadro 2C -	Vivências da at Flor de Campo em relação ao processo de AT de Bela e identificação das funções exercidas.....	71
Quadro 2D -	Vivências da at Flor de Campo quanto aos resultados do processo de AT de Bela.....	72
Quadro 2E -	Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Bela.....	73
Quadro 3A -	Vivências de Heremita em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas .....	76
Quadro 3B-	Vivências de Heremita quanto aos resultados obtidos.....	77
Quadro 3C -	Vivências da at Hortência em relação ao processo de AT de Heremita e identificação das funções exercidas.....	78
Quadro 3D-	Vivências da at Hortência quanto aos resultados do processo de AT de Heremita.....	79
Quadro 3E -	Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Heremita.....	80
Quadro 4A -	Vivências de Adonís em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas.....	84
Quadro 4B -	Vivências de Adonís quanto aos resultados obtidos.....	86
Quadro 4C -	Vivências da at Hortência em relação ao processo de AT de Adonís e identificação das funções exercidas.....	87
Quadro 4D -	Vivências da at Hortência quanto aos resultados do processo de AT de Adônís.....	88
Quadro 4E -	Vivências da mãe de Adonís, Esperança, em relação ao processo de AT de Adonís e identificação das funções exercidas.....	89

Quadro 4F -	Vivências da mãe de Adonís, Esperança, quanto aos resultados do processo de AT de Adônís.....	90
Quadro 4G -	Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Adônís.....	91
Quadro 5A -	Vivências de Apolo em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas.....	96
Quadro 5B -	Vivências de Apolo quanto aos resultados obtidos.....	98
Quadro 5C -	Vivências da at Flor de Campo em relação ao processo de AT de Apolo e identificação das funções exercidas.....	99
Quadro 5D -	Vivências da at Flor de Campo quanto aos resultados do processo de AT de Apolo.....	99
Quadro 5E -	Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Apolo.....	100
Quadro 6A -	Vivências de Pequeno Polegar em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas.....	104
Quadro 6B -	Vivências da at Copo de Leite em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas.....	105
Quadro 6C -	Vivências da at Copo de Leite quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar.....	106
Quadro 6D -	Vivências da at Margarida em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas.....	107
Quadro 6E -	Vivências da at Margarida quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar.....	107
Quadro 6F -	Vivências da mãe de Pequeno Polegar, Estrela, em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas.....	109
Quadro 6G -	Vivências da mãe de Pequeno Polegar, Estrela, quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar.....	110
Quadro 6H -	Comparação das vivências segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Pequeno Polegar.....	111

Quadro 6I -	Comparação dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Pequeno Polegar.....	112
Quadro 7A -	Motivação para o trabalho e vivências gerais para at Flor de Campo.....	113
Quadro 7B -	Papel da supervisão segundo a at Flor de Campo.....	114
Quadro 7C -	Definição de AT e contribuições para o trabalho de acompanhamento terapêutico na visão da at Flor de Campo.....	115
Quadro 8A -	Motivação para o trabalho de AT e vivências gerais para at Hortência.....	116
Quadro 8B -	Papel da supervisão segundo a at Hortência.....	117
Quadro 8C -	Definição do AT e contribuições para o trabalho de AT na visão da at Hortência.....	118
Quadro 9A -	Motivação para o trabalho de AT e vivências gerais para at Copo de Leite.....	119
Quadro 9B -	Papel da supervisão segundo a at Copo de Leite.....	120
Quadro 9C -	Definição do AT e contribuições para o trabalho na visão da at Copo de Leite.....	120
Quadro 10A -	Motivação para o trabalho de AT para at Margarida.....	121
Quadro 10B -	Papel da supervisão segundo a at Margarida.....	122
Quadro 10C -	Definição do AT e contribuições para o trabalho na visão da at Margarida.....	123
Quadro 11A -	Quadro de comparação das motivações para as ats.....	123
Quadro 11B -	Quadro de comparação das vivências gerais das ats.....	124
Quadro 11C -	Quadro de comparação das contribuições para o trabalho de AT na visão das ats .....	124
Quadro 11D -	Quadro de comparação do papel da supervisão segundo as ats.....	125
Quadro 11E -	Quadro de comparação das definições de AT para as ats.....	125

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	20
1.2 A experiência do AT no Brasil.....	22
1.3 AT: Fundamentação Teórica, Definições e Funções.....	24
1.4 Objetivos.....	44
2 MÉTODO.....	46
2.1 Participantes.....	46
2.1.1 Esquizofrenia Paranóide: os casos de Bela e de Heremita.....	48
2.1.2 Dependência química: os casos de Adonís e de Apolo.....	52
2.1.3 Distrofia muscular do tipo Duchene: o caso de Pequeno Polegar.....	56
2.2 Instrumentos.....	59
2.3 Local.....	60
2.4 Procedimentos.....	60
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
3.1 Casos clínicos, quadros das vivências e resultados dos atores envolvidos no processo de AT e análise dos conteúdos.....	62
3.1.1 Apresentação do caso Bela.....	62
3.1.2 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Bela...	66
3.1.3 Apresentação do caso Heremita.....	74
3.1.4 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Heremita.....	75
3.1.5 Apresentação do caso Adonís.....	81
3.1.6 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Adonís.....	84
3.1.7 Apresentação do caso Apolo.....	92



3.1.8	Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Apolo	95
3.1.9	Apresentação do caso Pequeno Polegar.....	101
3.1.10	Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Pequeno Polegar.....	103
3.2	Apresentação e análise dos dados gerais das entrevistas das ats.....	113
3.3	Comparação e análise dos dados gerais das entrevistas das ats.....	123
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICES.....	140
	ANEXOS.....	145

## APRESENTAÇÃO

### *O começo de tudo...*

A autora do presente estudo vem caminhando na prática e ensino do acompanhamento terapêutico (AT) desde 1988 e seu percurso se iniciou com um mini-curso ministrado pelo Dr. Silvio Yasui e Dr. Jonas Nelman, profissionais do primeiro CAPS de São Paulo – CAPS/ ITAPEVA. Esse curso, embasado nos pilares da reforma psiquiátrica, teve como resultado pessoal o questionamento sobre os aparatos da exclusão social. cursando ainda o terceiro ano de Psicologia, iniciou sua prática no acompanhamento terapêutico (AT), a qual vem se consolidando até os dias atuais, com a concretização do pensar, através deste trabalho, em um dos dispositivos terapêuticos construídos nos pilares da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, o tema desse estudo resgata uma parte da construção profissional e subjetiva da autora e ancora-se em uma das premissas fundadoras da origem epistêmica do dispositivo clínico AT, a escuta e o resgate dos direitos dos excluídos, daquele que vive à margem de uma sociedade capitalista onde a força de trabalho e a produção passam a ser o alicerce da inserção do sujeito no social.

A pesquisadora, após a conclusão do curso de AT, iniciou seu trabalho na área como estagiária de uma clínica particular para dependentes químicos, Green Wood, onde, supervisionada pelos profissionais da referida instituição, iniciou sua prática na clínica do AT. Após longo tempo de atuação como acompanhante terapêutica (at), com sua mudança para a cidade de Araçatuba, ingressou na área de docência na UNIP como professora da disciplina Psicopatologia, dividindo com os alunos as experiências adquiridas em seu percurso profissional. A experiência na modalidade clínica do AT possibilitou sua inserção no programa de estágio supervisionado em AT, na Universidade Paulista (UNIP), a qual se estendeu com a prática e supervisão do AT no estágio de Saúde inserido na grade curricular do curso de Psicologia da Faculdade Educacional de Araçatuba (FAC-FEA), tendo como consequência a formação de um grupo de AT (Grupo Essência), iniciando a implantação deste recurso terapêutico na cidade de Araçatuba. Historicamente, o planejamento de projetos capazes de transformar os encontros de acompanhantes terapêuticos (ats) e pacientes em direito à cidadania, pressuposto principal do processo de reabilitação psicossocial, foi se ampliando e se estendendo para diversos setores da comunidade: Casa da Criança, Fórum, Ambulatório de Saúde Mental, APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

Vários setores, diferentes demandas, múltiplos projetos; um único objetivo: a inclusão. Nesse contexto, propõe-se nesse trabalho, investigar e compreender a prática e resultados do AT, por meio da análise das percepções e vivências de ats, pacientes e familiares, inseridos nos projetos de AT do Grupo Essência na cidade de Araçatuba. Trata-se de investigar uma prática que contextualiza e outorga a importância ética do direito à cidadania, além de se propor a analisar as vivências dos atores envolvidos no processo de tratamento numa modalidade de clínica ampliada na área da saúde, atualmente incluída na grade curricular de diversos cursos de graduação em Psicologia.

# 1 INTRODUÇÃO

Ao apresentar a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT), é necessário um resgate dos pressupostos que a embasaram, explorando as raízes dessa modalidade clínica e as experiências com a mesma no Brasil. A modalidade de intervenção clínica AT, é uma prática clínica que tem suas raízes fundadas nas idéias do movimento antipsiquiátrico inglês, da psicologia democrática italiana e da psicoterapia institucional francesa. Esses movimentos constituíram a reforma psiquiátrica que tinha como objetivo central a crítica à psiquiatrização da loucura. Ao criticarem o modelo hospitalocêntrico e suas premissas, surgiram novas modalidades para acompanhar os pacientes fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. A denominação desse acompanhante foi sendo modificada à medida que a prática se desenvolvia, buscando clarificar a especificidade desse trabalho. Na literatura, foram encontradas diferentes nomenclaturas, desde a década de 60, iniciando sua denominação com o termo atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico, amigo qualificado, e, posteriormente, acompanhamento terapêutico (PULICE, MANSON; TEPERMAN, 2005; SILVA; SILVA, 2006; FIORATI; SAEKI, 2008; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2009).

A nomenclatura atendente psiquiátrico surgiu em Porto Alegre, em 1960, com a criação da Clínica Pinel, tendo em sua constituição a influência das experiências de Marcelo Blaya durante a formação nos EUA (SILVA; SILVA, 2006). Após esta fecunda experiência, a mesma estendeu – se para a Clínica Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, onde passou a ter a denominação de auxiliar psiquiátrico. O termo amigo qualificado constituiu - se na Argentina referenciando o trabalho desenvolvido pela equipe de abordagem múltipla coordenada pelo Dr. Eduardo Kalina (BENEVIDES, 2007). A denominação acompanhante terapêutico foi introduzida na década de 80, no Instituto “A Casa”, em São Paulo, após a imigração da psicanalista argentina Beatriz Aguirre, para o Brasil (BARRETO, 1998).

Ao refletirem sobre suas experiências, profissionais embasados na Psiquiatria Dinâmica, na Anti-psiquiatria e, fundamentalmente, na Psicanálise, começam a dar consistência à idéia de que era possível avançar no tratamento de muitos pacientes afetados por sofrimentos psíquicos severos, lutando contra as idéias da psiquiatria clássica que tinham como objetivos terapêuticos centrais o controle social e a internação médica do paciente (ALVARENGA, 2006; HERMANN, 2008; PARRA, 2009).

Esse movimento de abertura e transformação foi amadurecendo desde o início do último século e se acentuou a partir de sua segunda metade, quando se somou ao importante desenvolvimento da Psicofarmacologia, a qual gerou condições para a introdução de novos dispositivos de atenção ambulatoriais. Entre esses dispositivos, a criação do hospital-dia começou a ter um lugar cada vez mais importante, após a 2ª Guerra Mundial, iniciando-se uma nova significação da loucura com expectativas revigoradas sobre seu tratamento (PULICE; MANSON; TEPERMAN, 2005).

Palombini, Cabral e Belloc (2005), também enfatizam que o surgimento do hospital-dia, dos psicofármacos, da comunidade terapêutica, assim como as questões suscitadas pela reforma psiquiátrica possibilitaram a construção do AT, o qual se vincula diretamente com a necessidade de criação de novos métodos de atenção intensiva de cuidado à saúde. Afirmam que, no palco desta urgência sanitária, ocorreu uma mudança significativa na perspectiva de cuidado aos doentes e instaurou as condições para que a prática do AT pudesse se desenvolver no campo da saúde. Estes sistemas de tratamento aliados aos psicofármacos ampliaram as possibilidades de desenvolvimento e contato social dos pacientes.

Em relação à importância das comunidades terapêuticas para a caracterização do AT, Hermann (2008) reflete sobre dois níveis constituintes. No primeiro nível, enfoca a contribuição descrita por Reis Neto (1995 citado por HERMAN, 2008), Sereno (1996 citado por HERMAN, 2008), Pitiá e Santos (2005) e Araújo (2005 citado por HERMAN, 2008). Ao centralizarem a prática de saídas da instituição para auxiliar o paciente em seu cotidiano, os acompanhantes eram denominados auxiliares psiquiátricos. Hermann (2008) resgata que esta experiência tem seu início na cidade do Rio de Janeiro, na Clínica Vila Pinheiros e enfatiza que além da função de proteção, vigilância e controle, os profissionais eram responsáveis por auxiliar os pacientes a elaborarem comissões para a realização de diversas atividades como: festas, atividades esportivas, realização do jornal/mural, entre outras.

Moizeszowicz, em entrevista publicada por Pulice e Rossi (1997), refere que o modelo conceitual do AT está baseado na comunidade terapêutica diurna. Esse termo foi criado pelo inglês Maxwell Jones, que dirigia uma instituição na Escócia, em 1952, chamada "Hospital de Dingleton". Essa proposta foi utilizada, pela primeira vez, com ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial.

Jones, ainda segundo Pulice e Rossi (1997), tentou estabelecer a quebra da hierarquia entre os profissionais da saúde e os pacientes, além de criar um ambiente humanizado dentro da instituição, cujos objetivos eram promover uma interação bidirecional, fazendo-se necessária uma crítica à idéia de que o técnico era o único que tinha o saber em oposição ao doente. Buscou trabalhar a implicação da equipe técnica, convidando os técnicos a repensarem suas práticas de intervenção cotidianas, questionando, assim, a separação entre quem trata e aquele que é tratado; investiu no trabalho de grupo, de pacientes e de técnicos, tentando romper o modelo hierarquizado dos antigos hospitais psiquiátricos; trabalhou a idéia de "cultura terapêutica", a fim de proporcionar o "ambiente adequado" para que a "aprendizagem social" se efetivasse com todos os membros da comunidade. A comunidade terapêutica de Jones, apesar de ainda ser pautada por uma lógica adaptativa, produzia uma crítica importante ao funcionamento do clássico manicômio, pois colocavam em evidência os efeitos terapêuticos que advinham da implicação dos agentes nas relações sociais da comunidade. Apesar de tais alterações, a comunidade terapêutica mantinha o mesmo raciocínio asilar, uma vez que os pacientes ainda ficavam dentro da instituição.

Silva e Silva (2006), em estudo no qual discutem as políticas de saúde mental, citam contestadores importantes da lógica manicomial. Citam Guatarri (1992), o qual refere que o desejo de destruir as estruturas manicomiais tornou-se mais visível na década de 1960 e, é nesse momento que as experiências criadas na comunidade terapêutica de Gorizia (Itália) são tidas como fundamentais. Contam os autores que, nessa instituição, Basaglia tentava humanizar o sistema de saúde mental no espaço intramuros, mas descobriu que essa meta era inacessível, pois ainda estava pautada na exclusão social, no confinamento e na produção de doença. A partir de 1963, os italianos passam a abrir as portas de Gorizia e criam outras formas de lidar com a questão da saúde, principalmente mental.

Nessa época, o mal-estar no trabalho manicomial passou a generalizar-se em vários países (Itália, França, EUA, Brasil, Argentina). Os profissionais começaram a manifestar o seu desconforto, alguns inclusive adoecendo, com a forma de tratamento realizada nesses locais. Como escreve Rolnik (1991, p. 83): "[...] não eram apenas os pacientes que se asfixiavam nessa paisagem [manicomial], mas também os profissionais que nela atuavam". Com isso, esses locais de tratamento passaram a ser vistos como lugares de manutenção e promoção da doença, não só dos pacientes.

Inúmeras reflexões, manifestações e eventos criaram condições para que a reforma psiquiátrica assumisse um caráter legislativo e fosse aprovada em 13 de maio de 1978, na Itália, com a "Lei 180", que passou a proibir a internação em manicômios. Essa lei decretou também a progressiva desocupação dos antigos manicômios e a criação de outras estruturas que pudessem dar conta da desinstitucionalização da loucura. É nesse contexto de eliminação das estruturas manicomiais que surgem alguns profissionais que se lançavam com os internados no tecido urbano, não tendo uma instituição de referência. Segundo Herman (2008) no início da década de 70, no Brasil, as comunidades começaram a fechar, em função de um retrocesso histórico marcado pelo período da ditadura militar. Em função deste momento político, vários auxiliares psiquiátricos foram solicitados para trabalhar em casas particulares. Seu trabalho passou a ser exercido fora das instituições e sem uma equipe para orientar as intervenções do profissional, este passou a trabalhar diretamente com o paciente, assumindo ele mesmo o estatuto de instituição e, sendo embrião do que hoje se designa AT.

### **1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Na virada da década de 60 para 1970 dá-se início ao questionamento das práticas terapêuticas, através das reflexões dos profissionais que trabalhavam na área. Tais reflexões conduziram a uma análise da implicação política destes profissionais, e alavancaram os primeiros movimentos para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Começaram a surgir inúmeras denúncias revelando as práticas desumanas presentes nas instituições psiquiátricas, que deram prosseguimento às reflexões em relação à massificação da subjetividade refletida no modelo de tratamento manicomial (COIMBRA, 1995).

Com a entrada do regime político ditatorial, o grupo de trabalhadores perde a possibilidade de inserção das novas práticas terapêuticas, retomando-as apenas no final dos anos 80, com a consolidação do processo de abertura política no País.

Em decorrência da ampliação e amadurecimento das novas formas de pensar a saúde mental, ocorreu em 1986, no Brasil, a "8ª Conferência Nacional de Saúde", criando as novas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria pautado pela universalidade, integralidade e democratização da saúde.

Muitos autores consideram que esse foi o começo do processo que culminou com a reforma psiquiátrica brasileira. No final da década de 1980, no "II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental", configurou-se o campo de forças que possibilitou a criação do "Movimento da Luta Antimanicomial", congregando inúmeros profissionais da área da saúde, principalmente na área da saúde mental, além de usuários desses serviços e seus familiares. Esse movimento caracterizou-se por ser regido pelos próprios usuários dos serviços em saúde mental, que questionaram as "intervenções terapêuticas" às quais eram submetidos, tendo como foco de problematização, o exercício constante de luta contra toda e qualquer forma de opressão e massificação subjetiva. O movimento produziu forças fundamentais que transformaram não só a imagem que se tem dos usuários, mas também os próprios saberes e práticas daqueles que trabalhavam com os mesmo (ALVARENGA, 2006; HERMANN, 2008; PARRA, 2009).

Outro marco importante segundo Alvarenga (2006) foi à ampliação do movimento político dos trabalhadores da Saúde Mental, usuários e familiares após a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual configurou para a realização do Congresso dos trabalhadores em saúde mental (Congresso de Bauru, 1987), com o lema: Por uma sociedade sem manicômios.

Após 11 anos da Lei italiana, de acordo com Borges e Baptista (2008), surgiu no Brasil o projeto de Lei nº 3657/89, que trata da "Lei da Reforma Psiquiátrica". Em 1992, na "II Conferência Nacional de Saúde Mental", foi declarado um dever "efetuar a desinstitucionalização de todas as instituições com características manicomial". Foi aprovada a criação de uma "Rede de Atenção Integral em Saúde Mental" em substituição ao Hospital Psiquiátrico. Finalmente, em 06 de Abril de 2001, ocorreu a aprovação da Lei Federal nº 10.216, da reforma psiquiátrica brasileira, que estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Contudo, o processo da reforma psiquiátrica não acaba com a criação dessa Lei Federal, pois a tentativa de se retomar a lógica manicomial está sempre presente, inclusive no funcionamento de entidades médicas.



## 1.2 A experiência do AT no Brasil

Apesar da clínica do AT ter iniciado seu percurso no final da década de 60, apenas a partir da década de 80 essa prática começou a ser analisada. Na década de 70, na Argentina, o psiquiatra Eduardo Kalina, refletindo sobre a problematização da abrangência dos fatores que envolvem o tratamento de pacientes psicóticos e dependentes químicos, inseriu, em sua equipe, a prática do AT, denominado naquela época de *amigo qualificado*, e favorecendo a criação do primeiro livro sobre AT escrito por Susana Ruas Mauer e Silvia Resnizky, publicado em 1985 (BENEVIDES, 2007).

Com a imigração da psicanalista argentina, Beatriz Aguirre, para o Brasil, na década de 1970, foi introduzido, no Instituto “A Casa”, em São Paulo, a atuação dos amigos qualificados que passaram a ser denominados, na década de 80, de acompanhantes terapêuticos (BARRETO, 1998). Esse instituto, um hospital-dia, é destinado ao tratamento de pacientes graves, mantém sua equipe de AT até os dias atuais e tem sido responsável por diversas produções científicas.

Palombini, Cabral e Belloc (2005), ao resgatarem a produção teórica sobre a clínica do AT, enfatizam a produção de livros e artigos organizados pela equipe de acompanhantes terapêuticos (ats) do hospital-dia, “A Casa”, a qual delineou uma forma de construção teórica que tem como característica o recorte de cenas clínicas e sua articulação com conceitos da psicologia ou da psicanálise. Segundo os autores, esta equipe é responsável por uma primeira tentativa de aproximação entre teoria e prática. Consideram como marco teórico, a importante publicação do livro *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico - Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*, de Kleber Barreto (1998), o qual percorre questões importantes sobre a clínica do AT tendo como fio condutor o pensador da psicanálise, Winnicott.

Tomando como base trabalhos com sujeitos que participaram da experiência e análise das produções teóricas sobre a constituição do AT, Silva e Silva (2006), referem que a configuração dessa prática na Clínica Pinel (ou "Associação Encarnación Blaya - Clínica Pinel"), em Porto Alegre, inaugurou o campo do AT no sul do Brasil. Essa instituição foi criada em 1960 por Marcelo Blaya, após o mesmo ter finalizado sua formação nos EUA. Desde o início do seu funcionamento institucional, eram oferecidos serviços considerados inovadores, tais como: socioterapia, grupos operativos, ambientoterapia, reuniões

comunitárias, além de ocorrer à implicação e o reconhecimento das atividades desenvolvidas pelos psicólogos e assistentes sociais nas equipes de trabalho. Como parte desses novos serviços, incluía-se a prática de um agente específico, que, nesse momento, tinha o nome de "atendente psiquiátrico". A inclusão desses atendentes na equipe foi proposta por Blaya, que, durante a sua formação, teria ficado interessado no trabalho desenvolvido por esses agentes que andavam com os pacientes pelas ruas americanas.

O atendente era um *agente auxiliar* que trabalharia no sentido de colocar em ação os programas de tratamento elaborados pelo psicoterapeuta, fazendo com que os pacientes aprendessem determinadas condutas que deveriam ser executadas tanto dentro da comunidade terapêutica como fora dela.

A experiência de Porto Alegre foi o início de uma série de experiências, como as que emergiram no Rio de Janeiro, em Novembro de 1969, quando iniciaram os trabalhos da Clínica Villa Pinheiros. A experiência carioca atribuiu um novo nome ao AT e acabou tomando um referencial teórico distinto para demarcar essa prática: tratava-se agora do "auxiliar psiquiátrico", com uma influência mais psicanalítica, diferentemente dos pressupostos teóricos da comunidade terapêutica americana.

Pode-se dizer que, desde o início da década de 1960, a prática e a teorização do acompanhamento terapêutico vêm gradualmente crescendo, ocupando novos espaços. Atualmente, no Rio Grande do Sul, existe o trabalho do AT em vários pontos da rede de serviços da área da saúde, não só no setor privado, mas também no setor público, como ilustram Pelliccioli, Guareschi e Bernardes (2004) referem que além de um recurso para intervenção na área da psicopatologia, o AT passa a ser dispositivo complementar ou substitutivo para trabalhar com serviços de saúde pública.

Benevides (2007, p. 58) afirma que o AT se expandiu para diversos Estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Espírito Santo, Pernambuco e Santa Catarina. Na maioria das vezes, a inserção do AT se dá por meio de parcerias de alguns serviços das redes municipais ou estaduais com universidades ou com organizações não governamentais. Segundo a autora, em São Paulo, o AT tem sido contratado pela prefeitura para atuar no Projeto Pixote, desenvolvido por professores do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo – USP e com crianças e adolescentes em situação de

risco. Consta-se que a presença do AT na rede de serviços é indício de um processo político de construção de novas políticas públicas.

Foi necessário um prolongado período de amadurecimento para que pudessem ser delimitados com precisão os contornos da figura do AT, possibilitando o estabelecimento de uma diretriz teórica consistente e estabelecendo a necessidade de instituir o indispensável enquadre regulamentar da atividade (PULICE; MANSON; TEPERMAN, 2005).

A expansão deste campo de atuação tem sido foco para a ampliação do pensar e para a contextualização e consolidação teórica desta modalidade de intervenção clínica que visa restaurar a integridade da pessoa acompanhada, melhorando sua qualidade de vida e configurando, através do manejo da relação acompanhante-acompanhado, a construção de um campo social possível de inclusão.

Com a expansão do AT houve uma crescente oferta de ensino nesta área, tanto em clínicas privadas como em universidades, além de experiências de qualificação destinadas aos servidores da rede pública na área da saúde. Em decorrência desse fenômeno temos um incremento de publicações que abordaram o tema do Acompanhamento terapêutico. A produção encontrada não se restringe só a publicação de artigos científicos em revistas especializadas, mas encontra-se a realização de pesquisas para obtenção do grau de Mestre e de Doutor em diferentes Programas de Pós-Graduação.

### **1.3 AT: Fundamentação Teórica, Definições e Funções**

Neste capítulo foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura do AT, através da pesquisa de artigos, livros, dissertações e teses enfocando a fundamentação teórica, as definições e funções do AT presentes na literatura pesquisada de 1987 a 2010.

Em 1987, Mauer e Resnizky apresentam a sua visão sobre o AT, sugerem que essa modalidade de intervenção clínica surgiu da necessidade de abarcar pacientes onde a modalidade de atendimento clínico clássico não se mostrava suficiente. Assinalam que haveria algumas patologias favoráveis para a entrada do AT no campo de intervenção. Entre os quadros psicopatológicos mais habituais para o uso do procedimento clínico em questão encontram-se: as psicoses, em especial, a esquizofrenia; a psicopatia; a depressão e o suicídio;

e a dependência química. Em relação à psicose, esses autores referem que o tratamento destes pacientes é tão complexo, que os acompanhantes entram como agentes terapêuticos para responder à necessidade de se estabelecer uma abordagem terapêutica mais integral. Partindo de pressupostos teóricos psicanalíticos, entendem que, na psicose, o princípio do prazer domina o funcionamento do aparelho psíquico, e, sendo assim, propõem que o at deve introduzir paulatinamente no campo clínico o juízo da realidade, ou seja, a noção de mundo externo como algo diferente do mundo interno. O at seria responsável por auxiliar o desenvolvimento da capacidade de espera, a noção de processo, e o exame da realidade, favorecendo atitudes da ordem do pensamento. Os autores relatam ainda, que os pacientes psicóticos contam com recursos defensivos pobres e escassos, sendo importante que o at reforce as defesas de adaptação adequadas e ajude o paciente a desenvolver novos mecanismos de defesa. É importante que os ats reforcem os aspectos mais maduros, adaptados e conservados do ego do paciente, enriquecendo-o e o ajudando a ativar seu potencial. Em relação à família do paciente psicótico e o trabalho de AT os autores referem que, além da conotação positiva geralmente expressa pela família no início do acompanhamento, a conotação de intrusão também se faz muito presente, não sendo incomum que a família se sinta examinada, invadida ou espionada no seu ambiente natural.

Em relação às adições Mauer e Revinzky (1987) citam Rosenfeld, o qual vincula a adição às enfermidades maníaco-depressivas. Rosenfeld relata que o toxicômano instrumenta mecanismos maníacos de idealização e controle onipotente para negar as ansiedades e frustrações. A droga entra no lugar do objeto ideal, o qual reforça os mecanismos de negação e dissociação. A composição de um ego frágil impossibilita o indivíduo a tolerar a dor da depressão. Devido à dificuldade de tolerar as perdas, a ingestão da droga diminui a ansiedade da espera e da angústia de frustração. O problema central é conseguir que o paciente tome consciência de suas dificuldades para poder pensar (LIBERMAN, 1973 citado por MAUER; REVINZKY, 1987).

Esses pesquisadores referem que o primeiro desafio no trabalho com o adicto é acompanhar um paciente que não se reconhece enfermo, e o at necessita de uma disposição especial para trabalhar a consciência da enfermidade. Referem que no acompanhamento do dependente químico, o at também atua no ego, emprestando seu ego como um alimento alternativo à droga (função de ego auxiliar). O importante seria auxiliar o paciente a organizar atividades que excluam a droga e desnudar a negação em torno da fantasia de superação total,

promovendo no paciente a necessidade de cuidar de si mesmo através da descoberta e desenvolvimento de um novo projeto de vida. Para Mauer e Revinzky (1987) as funções do AT são: conter o paciente; oferecer-se como modelo de identificação, emprestar o ego; perceber, reforçar e devolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo do paciente; atuar como agente ressocializador; servir como catalizador das relações familiares.

Em 1998, Barreto (p. 60) faz uma reflexão sobre a prática do AT utilizando o referencial psicanalítico winnicottiano. Esse autor irá também descrever várias funções que compõem o trabalho do AT, dentre elas: *holding*, continência, apresentação do objeto, manuseio corporal ou *handling*, interdição, interlocução dos desejos e angústias, modelo de identificação e alívio das ansiedades persecutórias. Em relação à prática do AT, Barreto assinala que é comum a vivência da indiferenciação dos corpos entre acompanhante e acompanhado, as fronteiras ficariam, por essa razão, perdidas. O autor no diz: “podemos estar dentro do corpo do paciente em alguns momentos, em outros momentos, é ele que nos habita; e ainda, penso que essa confusão é um risco e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de compreender a subjetividade do paciente; é uma forma de comunicação primitiva”.

Na perspectiva winnicottiana, a possibilidade do terapeuta sustentar a indiferenciação sem perder sua capacidade de discriminação, auxiliaria o paciente em seu processo de desenvolvimento. Barreto (1998) propõe que se entenda o fenômeno da indiferenciação a partir de uma perspectiva da devoção (preocupação materna primária), onde nosso ser se ocupa das necessidades do outro. Aponta a função de *holding* na prática do AT, entendendo-se que *holding* é tudo o que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de continuidade, tanto corporal quanto psíquica.

Barreto (1998, p. 60) assinala que, “quando a mãe segura seu bebê e dispensa a ele outros cuidados estarão ligados a essa função ambiental de *holding* que exercida continuamente possibilitará que o bebê adquira alguma integração”. O autor refere-se a uma presença afetiva, que permite a atitude empática, a capacidade de estar em contato com as angústias do outro. O *holding* é ofertado pelos aspectos invariantes do meio ambiente que tanto podem ser objetos concretos de uma sala, um quarto ou um carro, desde que haja a disponibilidade do clínico de estar junto com seu paciente e que possa atender as necessidades do acompanhado ao longo do tempo.

Outra função evidenciada na prática do AT por Barreto (1998) é a continência, entendida como capacidade materna, de um analista ou de qualquer outra pessoa, de transformar, através da imaginação, as experiências de um sujeito. Refere que este conceito se aproxima do que Bion (1962-63) chamou de capacidade de *rêverie da mãe*. A mãe acolhe as vivências de seu bebê marcadas pela sensorialidade e as transforma em algo passível de ser pensado (símbolizado).

Barreto (1998) discute ainda a função de interlocução dos desejos e angústias aspecto freqüente em nosso cotidiano, quando buscamos dar conta de alguma questão psíquica relacionada aos desejos ou às necessidades de nosso interlocutor, que são sinalizadas por uma preocupação, uma angústia, ou uma dúvida. A interlocução dos desejos e angústias do acompanhado não se dá pela interpretação, mas por uma conversa, que geralmente ocorre quando o vínculo estabelecido permite a verbalização no encontro terapêutico. A riqueza de suas contribuições auxilia-nos a pensar na prática e principalmente a compreender a importância do sentido de estar junto. Parece ajudar a caminhar no escuro, aquele que se sujeita a realizar uma prática onde a mistura, a entrega, a indiferenciação reinam na relação terapêutica; e o manejo transferencial muitas vezes passa ser a peça central do trabalho.

No ano 1997, Braga Neto ao se referir ao acompanhamento de pacientes psicóticos, afirma ser necessária uma experiência semelhante a da paixão para sustentar uma proximidade com o paciente, que permita permanecer e acompanhar seus tempos, ritmos e sentidos desconexos. Esse autor assinala que talvez a ação essencial do at seja representar diferentes lugares para onde a paixão possa fluir, porém seria necessário primeiro sustentá-la na relação terapêutica. Braga Neto explicita, ainda, que a ação do acompanhante se orienta pelo ato, intervenção para além da palavra. É pela intervenção no plano concreto, no fazer coisas que se trabalhará à construção e a apropriação de uma nova história. A colocação de Braga Neto resgata a perspectiva de pensarmos no conceito de *pathos* para compreendermos o encontro com a loucura, fornece a dimensão do patológico como *pathos*, paixão, aquilo que sai do controle, regido pela desmesura, que ao encontrar no outro um lugar de escuta elicia o processo de transformação constituído na relação terapêutica.

Ao se referir ao trabalho do AT na escola Gavioli, Ranoya e Abbamonte (2001) informam que, nesta instituição, o AT possibilita o reconhecimento das produções do aluno e das suas conquistas, além de validar as ações do acompanhado, despertando interesse pelo aprendizado. Ao mesmo tempo em que auxilia o acompanhado a sustentar as regras da

instituição, dá voz ao aparecimento de seus interesses, resgatando a subjetividade do aluno. Neste trabalho fica clara a preocupação dos autores ao apontar que auxiliar a adaptação às regras não significa a desconstrução do sujeito, a prática do AT pode estar pautada na adaptação às exigências externas vinculada ao resgate da subjetividade, desde que isso faça um sentido para aquele que está sendo acompanhado.

Como vemos é frequente nas publicações referentes ao Acompanhamento Terapêutico a explicitação das funções realizadas por esse tipo de profissional. cremos que esse horizonte de conceituação explicita a necessidade que esses profissionais têm de fundamentar essa prática clínica, reconhecendo fatores que pudessem caracterizar o lugar do AT.

Jerusalinsky (2002) realizando uma discussão na vertente lacaniana aborda o acompanhamento da criança com Síndrome de Down, no qual a função do AT seria abrir para o paciente uma brecha, que permita tirá-lo da condenação do anonimato, na qual a criança deficiente sempre é colocada. Relata que com o suporte necessário, a pessoa com deficiência vai formulando seu desejo, para que possa exercer algum protagonismo no seu modo de circulação e inclusão social. O AT, nessa perspectiva, contribuiria, por meio de suas intervenções, para que o paciente alcançasse a sua condição de sujeito.

Em publicação realizada em 2002, Canongia e Teixeira defendem a perspectiva de que o AT, não deveria ser abordado como sendo um procedimento auxiliar de outras modalidades de procedimentos clínicos, mas sim como recurso terapêutico específico. O AT seria um terapeuta que participa concreta e efetivamente do cotidiano de sujeitos em sofrimento psíquico, podendo ser indicado como uma das formas de tratamento para psicóticos, ou para qualquer caso com grave ruptura narcísica. Esses autores sugerem que a indicação do trabalho de AT seja permeada por discussão clínica e supervisão, por configurarem em espaços privilegiados para a viabilização de um projeto eficaz, capaz de refletir sobre os momentos de iniciar, continuar ou encerrar a intervenção clínica em curso. Outra função importante do espaço de discussão clínico e de supervisão é auxiliar na elaboração do luto da separação e do insucesso, da onipotência, da aceitação dos limites e possibilidades de cada paciente e do at.

Em seu trabalho, Canongia e Teixeira (2002), explicitam que no encontro proporcionado pelo acompanhamento terapêutico encontram-se as facetas fundamentais do

que significa a palavra grega *terapeia*, ou seja, cuidar de Eros doente. Quando o AT torna possível a disponibilidade da escuta do singular do sujeito acompanhado, torna possível cuidar do Eros doente. “O AT passa a ser aquele que, com sua presença erótica, com seu desejo, aposta por meio dos gestos, olhares, toques, tons, silêncios, ritmos e palavras, favorecendo a atividade de Eros do sujeito” (p.12). A corporeidade nessa experiência de ajuda assemelha-se muito à relação do interpretante materno, mediador da relação do bebê com o mundo, função que favorece o sentido para a construção do *self*.

Carozzo (citado por CARVALHO, 2002), coordenador do hospital-dia “A Casa”, em sua participação como entrevistado na pesquisa conduzida pela autora, afirmou que a prática do AT tem se configurado em um campo terapêutico quase ilimitado, relatando que, apesar de no início a prática do AT estar mais restrita ao acompanhamento de pacientes psicóticos e neuróticos graves. Na opinião desse autor, o AT vem sendo utilizado cada vez mais principalmente para lidar com problemas decorrentes do processo de desenvolvimento psíquico comprometido. Assim, a demanda para AT ao longo dos anos estaria incluindo uma diversidade de situações como: dependência química, pacientes com comprometimento orgânico, portadores de deficiências físicas, mentais e autistas, pacientes pré e/ou pós-cirúrgicos e idosos.

Em trabalho também publicado em 2002, Pitiá descreveu um atendimento em AT, discutido sob o enfoque da psicoterapia corporal. O conceito referencial para discussão do caso foi o de auto-regulação proposto por Wilhelm Reich. A auto-regulação estaria permeando o movimento, realizado no ato de acompanhar corporalmente, o portador de sofrimento psíquico, integrado na clínica do AT que aconteceria extramuros. A autora explicou que o trabalho do AT deu-se através da circulação do par por diversos locais. Relatou que a presença do acompanhante no lar do cliente foi valiosa para o oferecimento de apoio às manifestações apresentadas pelo mesmo, assim como para as orientações oferecidas para sua esposa. Percebeu-se, ainda, a retomada do processo espontâneo de expansão das atividades do cliente em seu cotidiano, através da retomada gradual das suas atividades cotidianas, o que facilitou a sua reinserção social.

Moreira (2003) tece uma conceituação do AT como aquele que cuida dos sujeitos que se encontram em estado de exclusão. O AT colocar-se-ia em segundo plano, procurando entender as tramas e os ritmos das melodias de cada história. O ato de acompanhar permite que o AT ocupe diferentes posições, podendo estar à frente do



acompanhado, ao lado, ou atrás. Quando o acompanhado sente pavor de entrar em um lugar no cenário cotidiano, o AT pode estar à frente; outras situações podem convidar o AT a estar ao lado do acompanhado, servindo como guia e apoio; em outras ocasiões, pode ser um espectador das conquistas do acompanhado, seguindo atrás como suporte distante para um sujeito que começa a caminhar sozinho. Como vemos nesse estudo a questão do AT como facilitador da inclusão social do paciente ganha importância.

Palombini, (2004, p. 41), afirma que “conhecer a cidade, caminhar por suas ruas, explorá-la e se deixar tocar por ela, é, com certeza, uma experiência que poderá fundar um lugar melhor para o seu habitante. É esse o horizonte que guia o trabalho do AT”.

Pitiá, em trabalho publicado em 2004, utilizando o conceito de auto-regulação social, apresenta o AT como uma prática que em si já se constitui investida no corpo do sujeito. AT seria uma prática anti-segregadora, por ter como efeito a minimização da estigmatização das pessoas em dificuldade, pois busca propiciar uma maior autonomia para que os clientes possam conviver e se desenvolverem como sujeitos criativos no seu próprio meio social e urbano, apesar dos limites e dificuldades individuais. Nesse trabalho também ganha importância a inserção social do paciente.

Camargo (2004, p. 4) em seu artigo retoma a participação do AT no processo de recuperação do lugar de sujeito do paciente. Em sua experiência com um paciente psicótico, refere que o AT cumpriu a função de presença e construção introduzindo o paciente no lugar de sujeito. “Emprestou-se uma letra, ou antes, um traço, que ajudou Urbano a reescrever uma história”.

Ainda no ano de 2005, Santos, Motta e Dutra realizaram pesquisa com profissionais que atuam como AT, mostrando que os acompanhantes concordaram que a frequência dos encontros e a maior intimidade que se estabelece no AT implicam numa responsabilidade clínica muito grande. Todos os entrevistados referiram as funções de perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo e atuar como agente ressocializador. Também enfatizaram que não consideram os ats representantes de outros profissionais, destacando que, pelo fato de que a relação entre acompanhante e acompanhado ser mais frequente, os ats acabam se transformando no elemento mais importante da equipe de tratamento. Chamaram a atenção para o fato de que, justamente por essa proximidade intensa no trabalho de AT, é importante que outros

profissionais sejam referências transferenciais, para que o trabalho não se inviabilize pelo “assédio” do paciente, referendando a importância da formação de uma rede de tratamento. Outro fator mencionado pelos autores foi que, por estar envolvido em outra perspectiva de espaço e de tempo, o AT funciona como um facilitador do projeto terapêutico, e, assim, ele pode ir à casa do sujeito, ver como funciona a dinâmica da família e fazer uma ponte entre a equipe, a família e o sujeito.

Zilberleib (2005), em sua dissertação de mestrado sobre o AT e as relações de objeto em pacientes-limite, constatou que o enquadramento do AT ofereceu uma moldura para que o caráter disruptivo das comunicações da paciente tivesse expressão; a intimidade da relação favorecia a expressão dos seus conteúdos cindidos. O AT se constituiu em um enquadramento que ofereceria uma relação intersubjetiva viva, permitindo a instituição do jogo entre ausência e presença do objeto (terapeuta) como moldura da tela em branco, o que favoreceu a simbolização. Concluiu que o AT possui vantagens sobre a análise tradicional, em relação ao atendimento de determinados pacientes e em determinadas condições. Vemos que esse trabalho insere um tema de discussão que mais e mais se torna relevante: o reconhecimento do procedimento clínico de acompanhamento terapêutico como sendo a intervenção mais adequada para algumas situações clínicas.

No mesmo ano Silva (2005), em dissertação de mestrado aborda a importância do AT em situações de emergências. Esse trabalho assinala que a eficácia do trabalho desenvolvido pelos agentes que usavam a estratégia do AT, contribuiu para o aumento da solicitação dos pacientes, familiares e psicoterapeutas. O autor enfatizou que as ações durante os percursos vividos com os acompanhados possibilitavam um movimento reflexivo, um “exercício filosófico”, chamado por alguns de análise da implicação. Essas atividades se mostraram recursos fundamentais para que não se fizesse da rua, mais um sutil manicômio.

Simões (2005), em sua pesquisa sobre a produção de conhecimento e sobre a consolidação do AT no Brasil, analisou as produções científicas referentes ao AT, de 1960 a 2003 e afirmou que, apesar das produções científicas sobre o AT terem aumentado ao longo dos anos, elas ainda seriam escassas, além de algumas enfatizarem a vivência prática, faltando uma fundamentação teórica para sustentar um campo próprio ou uma técnica específica. Nessas reflexões observamos também a sua preocupação com a falta de elaborações que pudessem fundamentar a prática do AT de modo mais rigoroso. Esse autor considera que os autores analisados em sua pesquisa destacam três características que aparecem como

constituintes do AT: *setting* ampliado, o diálogo com a família e o trabalho em equipe. Quanto ao *setting* ampliado, houve um consenso entre os autores analisados de que o AT, ao formular o contrato, já deve combinar que ele e o acompanhado estarão em diversos lugares. Devem ser estabelecidos horários, mesmo sabendo que estes poderão ser flexíveis. Sobre o diálogo com a família, houve um consenso entre os autores analisados de que no AT é fundamental trabalhar com a família do paciente, embora muitas vezes o profissional encontre muitas dificuldades. Simões refere que a literatura consultada aponta dois referenciais teóricos que embasam o trabalho com os familiares do acompanhado: a teoria sistêmica e a teoria psicanalítica. Assim, a conduta do AT com a família do acompanhado vai depender da linha teórica em que se embasa. Em relação ao trabalho em equipe, Simões percebeu um consenso na produção científica referente a este tema, e que, as controvérsias existentes entre os autores analisados são referentes à existência ou não de uma hierarquia entre o trabalho do AT e os demais profissionais da equipe.

Ao descrever a forma de atuação e a abordagem teórica utilizada no AT, Simões (2005) revela que os autores pesquisados chegaram à conclusão de que o AT poderia ser realizado de diferentes formas, desde uma orientação mais rígida, visando à adaptação do acompanhado, até uma orientação mais livre, despreocupada com os padrões e normas sociais. Isso dependerá da concepção de homem e de mundo, dos referenciais teóricos assumidos, das características pessoais do acompanhante e de seus próprios limites no ato de acompanhar. Dessa maneira, o AT pode ser embasado em diferentes concepções teóricas. Para Simões, na teoria psicanalítica, existem diferentes escolas e elas se diferenciam quanto ao modo de ver e/ou utilizar o processo do AT. Entre os autores filiados à teoria comportamental, há um consenso de que o acompanhante deve propiciar um espaço de aprendizagem para o paciente, possibilitando a mudança das contingências que permeiam o comportamento, melhorando sua qualidade de vida e configurando, através da ação nos ambientes naturais, outras formas de relação com o social.

Segundo Hermann (2005), freqüentemente é o acompanhante quem medeia à comunicação entre os profissionais que compõem a rede de tratamento, funcionando como um articulador. Muitas vezes o projeto clínico de AT é construir uma rede de profissionais (que não existe, que precisa ser modificada ou, ainda, interligada) que opere de modo singular com cada acompanhado. Deste modo, o AT potencializaria a construção de um “olhar em rede” (HERMANN, 2005), que levaria em conta as diferentes relações que o usuário/acompanhado

constrói. Na medida em que amplia e/ou mapeia uma rede de relações com múltiplos atores (usuário, família, CAPS, PSF, UBS, outros serviços da rede de saúde e de outros setores coletivos de trabalho, serviços e pessoas da comunidade do acompanhado, espaços da cidade), o AT produz modos de cuidar de tal forma que quem acompanha é a rede.

Em diversas produções sobre o tema do AT, sobretudo nas brasileiras, é marcante a ênfase dada ao mesmo como sendo uma clínica que se dá em saídas pela cidade (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005).

Guerra e Milagres (2005) colocam que o AT tem se caracterizado por ser uma aguçada e perspicaz clínica que suporta a insegurança da rua e a dispersão psicótica na busca de um caminho possível, na cidade, para o louco e para a loucura, apesar de suas violentas relações de desigualdade e exclusão. Na medida em que os acompanhantes passaram a exercer seu fazer nas ruas, a cidade, “em sua rica variabilidade, passou a ser concebida como matéria constitutiva e primeira dessa clínica” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 43). Para Palombini o AT em geral tem uma atuação muito significativa e rica, junto àqueles usuários que se mostram inacessíveis às formas tradicionais de tratamento.

No ano de 2006, Velozo e Serpa Junior referem-se ao AT como aquele que pode induzir práticas, que se move com esperança de que algo novo se produza, pois, aposta no contato com o diferente e faz suscitar acontecimentos, produzindo o nascimento de novos espaços. Referem que a diversidade é pautada na concretização de eventos novos, os quais produzem uma resposta nova, as experiências diversificadas oferecem ao sujeito a possibilidade de sentir-se parte de uma tarefa que lhe indica sua própria importância. Através dos movimentos espontâneos, flexíveis e geradores de identidades, negociações particulares, trocas e laços sociais são criados. Entendem que quando o encontro se dá, ocorre uma experiência subjetiva que produz uma mudança que impele o sujeito a se pronunciar.

Peixeiro (2006) enfatiza em seu trabalho que o acesso do AT ao conjunto familiar é enormemente facilitado pelas condições de circulação do AT pelo universo do paciente. As intervenções do AT não incidem diretamente sobre a família, mas incidirão indiretamente a partir do deslocamento de posição na dinâmica familiar, que acaba por provocar modificações na estrutura cristalizada da família.

Ao longo dos anos observa-se que o AT irá ser utilizado não só no campo da Psicologia, mas também por outros profissionais. Fiorati e Saeki (2006), por exemplo, realizaram pesquisa que visou à criação de uma proposta de implementação da prática do AT, no programa da Terapia Ocupacional em um Hospital da rede pública de Saúde Mental, utilizando dois referenciais teóricos diferentes, a concepção winnicottiana de potencial criativo e ação no mundo, e formulações conceituais trazidas por autores que refletem sobre as ações da reabilitação psicossocial. Concluíram que, por meio da ação que buscou restabelecer um potencial criativo, através da expressão das próprias idéias dos acompanhados, foi possível reconstruir um diálogo com o mundo e, assim inscrever suas marcas na realidade compartilhada. Essas mesmas ações favoreceram o restabelecimento da capacidade dos pacientes de gerar sentido socialmente, favorecendo a inclusão dessas pessoas em processos de trocas e intercâmbios sociais, além da inserção em atividades significativas para eles.

Com relação ao enquadre no AT, Yagiu (2006) constatou que se o AT consegue estabelecer uma distância ideal para com o acompanhado, pode criar um enquadre tal que possibilite a criação do espaço da fala, a partir do qual seria possível perceber a capacidade do acompanhado de aproveitar a própria situação, e de colocar em cena seu mundo psíquico, o que levaria à promoção da saúde. Para Yagiu (2006), muitos pacientes acompanhados sofrem de algum tipo de perda funcional que faz com que seu cotidiano esteja sujeito a mudanças, tornando necessário o preenchimento do tempo livre ocasionado pelo abandono de certas atividades rotineiras. A condição de exclusão em que se encontra o paciente exige uma reorganização de sua vida psíquica e prática, onde alguns papéis deixam de ser exercidos. Cabe ao acompanhante, nestes casos, propiciar as condições para que o paciente, aos poucos, crie uma rotina diferente daquela na qual está mergulhado, por vezes destituído de seus direitos básicos e em uma situação na qual seus espaços de circulação estão reduzidos e seu território vivencial atrofiado, fazendo surgir entre o paciente e o mundo uma descontinuidade. Segundo o autor não se trata somente de realizar uma simples adaptação, ensinando-lhe como voltar a frequentar lugares, mas também da criação de possibilidades para que ele possa encontrar os elementos necessários para conseguir enfrentar algumas limitações e, a partir disso, existir de outra maneira, ocupando um lugar menos marginalizado. Yagiu assinala que no projeto de AT deve-se focar o auxílio ao paciente, ajudando-o a sair do estado de apatia, de desesperança, e aos poucos dar lugar para o surgimento e desenvolvimento da capacidade de

criar, de recuperar os aspectos pessoais, da capacidade de cuidar de si mesmo, além do direito de participar de suas escolhas.

Silva e Silva (2006) discutem a multiplicidade no modo de problematizar o AT como uma prática no campo da saúde. Colocam que o AT tanto pode ser tomado como um programa como uma estratégia de intervenção. Utilizam a proposta de diferenciação de programa e estratégia formulada por Edgar Morin (1996, p. 1 citado por SILVA; SILVA, 2006), o qual refere que no programa existe uma sequência de atos decididos e que devem começar a funcionar um após o outro sem variar, o qual funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas. Por outro lado, estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. “A estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia da ação é a arte de atuar na incerteza”. De acordo com essa perspectiva Silva e Silva (2006) pensam no AT como uma estratégia de pesquisa-intervenção, já que é construída a partir de experimentações e analisada no encontro com o imprevisível. Anunciam que muitas vezes tal intervenção corre o risco de ser enquadrada em um programa de adaptação, que segue passos (pré-determinados) para alterar comportamentos vistos como anormais.

Também no ano 2006, Varella, Lacerda e Madeira descreveram o caso clínico de um jovem de 22 anos apresentando mutismo e isolamento social, encaminhado por determinação judicial, no qual constataram que a rede estabelecida entre a justiça e o atendimento oferecido pela Universidade de Brasília se configuraram em um ponto de sustentação para que o trabalho com o jovem desse prosseguimento. Constataram que o acompanhar requer um trabalho em rede, onde a interação ocorre de tal forma que todos os eventos ocorridos com o paciente e presenciados pelos membros individualmente devem ser compartilhados, proporcionando uma atuação mais ampla dentro de uma visão multidisciplinar. Varella et al. demonstram as possibilidades do AT na construção de uma rede relacional e de inserção social, através da inclusão no espaço cotidiano de dois pacientes psicóticos. Nos casos clínicos abordados mostram a importância da combinação do AT com a rede de tratamento na inserção social de pacientes portadores de sofrimento psíquico grave, no sentido de ampliar suas trocas e relações com a sociedade.

No mesmo ano (2006) Pitiá e Santos realizaram pesquisa bibliográfica sobre a produção científica na área de AT no período de 1997 a 2001. Através da análise dos estudos concluíram que o AT corresponde a uma prática clínica em construção. Apontam que a literatura traz a figura do AT como um terapeuta que assume a função de aliado do cliente, função que permite constituir um nível econômico de energia que ajuda a drenar o sofrimento do acompanhado. A possibilidade de compreensão neste encontro terapêutico possibilita ao acompanhado o reconhecimento de sua identidade e a reconstrução de sua auto-estima, que o leva a recuperar a esperança e a confiança em seus próprios recursos adaptativos.

Em dissertação de mestrado, Alvarenga (2006) retrata as diferentes vias históricas e cotidianas através da investigação sobre as transformações da clínica do AT desde o seu surgimento, a fim de pensar o lugar desta prática clínica no universo das práticas psicológicas. Constatou que a clínica do AT se apresentou como uma intervenção de ruptura com determinadas práticas em Saúde Mental e apontou também para duas diferentes vertentes, por um lado seu reconhecimento enquanto clínica em expansão e, por outro, uma clínica com os reflexos de um modo de subjetivação contemporânea e de um espaço psicológico próprio.

No campo da discussão dos modos de subjetivação no mundo contemporâneo Safra (2006) refere o AT como modalidade de atendimento clínico necessária para contemplar o sofrimento na atualidade. Destaca que a época atual colabora para novas formas de subjetivação, as quais surgem pela ausência de um lugar ético significativo que possibilite a constituição de si mesmo, ou pela solidão absoluta decorrente da ausência do rosto do Outro. Neste sentido enfoca o acompanhamento terapêutico como modalidade de atendimento clínico necessária para contemplar o sofrimento da atualidade. Para realizar essa discussão, Safra (2006) toma o conceito winnicottiano de *placement*, como um lugar de dimensão fundamental na constituição do *self*. Ao observar diferentes atendimentos realizados com ats percebeu que mais do que possibilitar o auxílio do estabelecimento de funções psíquicas e seu trânsito na realidade, o AT oferta ao indivíduo um lugar ético constitutivo.

Maia (2006), também na vertente winnicottiana, enfoca o trabalho do AT com pacientes que ainda não puderam alcançar o estado de unidade de si-mesmos. Assinala a importância do AT estar sintonizado com as necessidades do acompanhado, as quais, estruturadas em experiências, auxilia o acompanhado, a ter condições fundamentais para seu

desenvolvimento. Alerta para a importância da equipe também ter uma compreensão de homem e das condições fundamentais para o seu acontecer, a qual favorece a possibilidade dos pacientes terem uma existência embasada na percepção de que a vida vale a pena ser vivida.

Outras referências significativas, com base nesses postulados, estão nas idéias de Lancetti (2006, p. 22), as quais referenciam a importância da vivência de amizade para a aderência ao tratamento das patologias contemporâneas. Refere que o aumento e a diversificação da violência são uma das características das patologias contemporâneas, nesse sentido deve prevalecer no tratamento destes pacientes, o encontro. “Muitos desses pacientes só se tratam porque depois de estabelecido algum encontro, algum confronto, alguma forma concreta e forte de afecção vão considerando o acompanhante um amigo”.

Barbosa (2006, p. 35), no artigo *Acompanhante-acompanhado: história de dois*, resgata as vivências da relação acompanhante-acompanhado. Além de atores/personagens, a dupla acompanhante-acompanhado desempenha as funções de roteirista, diretor e cenógrafo. Numa sequência de encontros, criam e recriam uma trama de tempo presente. O roteiro e o cenário se revelam no momento da cena, impedindo os atores de ensaiarem suas falas. A criação está, não no ato da interpretação, mas na própria constituição da história. De começo indefinido, não há narrativa que aproxime os personagens. Há somente os papéis, previamente designados, de acompanhante e acompanhado. O acompanhante só o é por acompanhar o acompanhado. Seu papel consiste em, dados os dias e horários combinados, estarem junto com o seu paciente. O lugar, a atividade, o programa e os diálogos? Nada consta além do horário de estar junto. Já o acompanhado será aquele que, nos dias e horários combinados, terá alguém ao seu lado. Alguém que o acompanhe em sua solidão e movimente sua imobilidade. Alguém para compartilhar, na própria vivência, a intensidade de seu sofrimento. Sofrimento que, independente do diagnóstico, se faz presente; seja na psicose ou em qualquer tipo de neurose grave. “Solidão, desespero, falta de liberdade e de contato são características comuns aos pacientes acompanhados” (p.34). Barbosa define o AT como um processo analítico fora do padrão, pois a relação terapêutica extrapola os limites do discurso. “O terceiro analítico cria-se, não exclusivamente pela palavra, mas na própria vivência comum”.

Em 2007, Yagiu faz uma explanação sobre a importância da formação dos ats, vista que é uma prática que se torna cada vez mais difundida no país e reconhecida pela sua



eficácia em diferentes áreas da saúde. Considerando que o at participa ativamente da construção de subjetividades, o autor questiona: como fica a subjetividade do at? Como se tornar um at? Recorrendo ao paradigma analítico para a formação do at, propõe que: a) O at trabalhe sua própria subjetividade, experimentando a implicação com sua construção; b) O at se implique no estudo da teoria, incluindo a Antropologia, Sociologia, Mitologia, Geografia Humana, Urbanismo e outras; c) O at seja supervisionado, pois, na supervisão se percebe em sua própria prática, e tem a oportunidade de escutar um terceiro que o percebe na prática e lhe mostra os percalços de sua caminhada; d) O ensino do AT, também deve ser um plano de desalienação, não mais do sujeito que é acompanhado, mas do saber acerca deste sujeito. Por um lado, o ensino da prática deve ter como um dos objetivos conscientizar o aprendiz de que o saber que o orienta é um dos aspectos da intervenção. O autor assinala a importância do “não saber”, no sentido de aproximar-se do acompanhado sem uma concepção pré-definida ou um projeto definido a priori. Não há um desejo de saber, nem a aplicação de um saber, aspectos que podem fazer o at se lançar no trabalho sem a utilização defensiva da teoria, como um escudo, de forma a conter as próprias angústias.

No campo da saúde pública, Benevides (2007, p. 153) referiu o dispositivo de AT como que produtor de gestão comum dos processos de saúde, ao fazer pessoas, protagonistas desses processos e ao evocar a cidade como força política, como espaço de dissensos e embates, a partir de sua operação em rede. O autor apresenta o AT como prática contrária às políticas do enclausuramento e de privatização da saúde, buscando a invenção de novas saídas para nossas sempre novas perguntas, através de uma gestão comum. “Nesse sentido, comparece como função publicizante da/na clínica, colocando para ela um estatuto, uma dimensão não privada e não especialista, que diríamos pública”.

Em trabalho escrito em 2007, Palombini apresenta o AT como uma clínica em ato, na qual a cidade (a rua, a praça, a casa, o bar) se oferece como campo múltiplo de possibilidades imprevistas, produzindo espanto e desacomodação. É uma clínica onde a palavra, mas também o corpo, os gestos e as atitudes compõem busca por alternativas para a construção de uma rede de atenção à saúde mental. Nessa modalidade de intervenção circula-se com o acompanhado, utilizando-se do espaço público não como cenário, mas como dispositivo para o ato terapêutico.

Também no ano de 2007, Coelho relatou uma proposta de AT com crianças autistas. A fundamentação básica utilizada centrou-se nas idéias de Maud Mannoni acerca da

desinstitucionalização do atendimento psicoterápico de crianças em sofrimento psíquico grave. O autor descreveu e analisou sua prática com duas crianças autistas, um menino de três anos, e uma menina de quatro anos de idade. O acompanhamento com Miguel, criança autista de três anos, deu-se no ambiente escolar, no Jardim de Infância de uma escola de ensino regular tendo como objetivo auxiliá-lo no seu processo de inclusão social. O autor assinala que esta experiência o fez atentar para o fato de que as escolas ainda não se sentem qualificadas para simplesmente receber uma criança sem ter a obrigação de educá-la. O pesquisador aponta que a escola que ousa subverter esta lógica em muito se beneficiaria, pois perceberia que mais do que ser lugar de aprendizagem, é um lugar de vivência onde crianças fazem amigos, inimigos, se impõem e se submetem, propiciando um lugar constituinte para crianças com sofrimento psíquico grave. O acompanhamento com Mônica, criança autista de quatro anos, deu-se na residência da criança e o autor observou melhoras significativas em diversos lugares: em sua casa, na escola, no consultório psicoterápico, e em outros locais do cotidiano. Após dois anos de trabalho o acompanhamento se estendeu para a escola de ensino regular, onde ficaram claras algumas funções: auxiliar na realização das tarefas escolares, auxiliar o contato com os colegas da escola e servir de suporte para os professores. Em suas considerações finais o autor acredita que grande parte dos casos de AT com crianças se destina à inclusão escolar, sendo assim, vê no trabalho do AT um amparo técnico e afetivo fundamental para a consecução da inclusão social.

No ano de 2008, Fiorati e Saeki realizaram uma pesquisa em unidade de internação psiquiátrica de crise, com objetivo de elaborar proposta de inserção do AT para compor o programa terapêutico da unidade. A demanda dos dez usuários portadores de transtornos mentais graves atendidos era marcada por biografias repletas de rupturas sociais e repetidas internações hospitalares, com breves estadias em serviços extra-hospitalares e histórias de tratamentos fracassados. Observaram que, ao mesmo tempo em que ocorria processo de desistência da família em relação ao paciente, também se operava distanciamento dos técnicos de saúde frente às dificuldades inerentes aos casos mais complexos - quadro que se insere no processo de cronificação dos serviços extra-hospitalares que, ao invés de se constituírem substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, trazem para seu modo de tratamento, aspectos e características de ações típicas do modelo manicomial, reproduzindo, dessa forma, o processo de exclusão do portador de transtornos mentais (DESVIAT, 1999 citado por FIORATI; SAEKI, 2008). Os pesquisadores concluíram que a prática do AT mostrou-se relevante, pois, ao apresentarem projetos terapêuticos individuais, contribuíram com

discussões nas reuniões de equipe, revendo os aspectos manicomiais, onde a equipe pôde reformular várias ações com os usuários. Além disso, a própria intervenção inerente ao AT, ao individualizar o cuidado, levou em conta a decisão do paciente sobre o tratamento proposto e a inclusão da dimensão do desejo do usuário em todo o processo. As ações foram direcionadas no sentido da inclusão social do portador de transtornos mentais, conseguiram a adesão de alguns usuários atendidos, facilitando sua permanência na comunidade e evitando reinternações hospitalares. Em relação à família possibilitou o acolhimento do sofrimento dos familiares, apontando para novos arranjos no cuidado ao portador, minimizando as atitudes de desistência. Diretamente com o portador, o AT abriu potenciais de construção de novas formas de subjetivação e elaboração do sofrimento, assim como provocou sua inserção em redes sociais e em atividades culturais ou profissionalizantes em organizações sociais da comunidade.

Também no ano de 2008, Paravidini e Alvarenga resgataram a trajetória conceitual do acompanhamento terapêutico (AT). Consideraram ser possível reconhecer uma práxis que nasce no âmbito da Saúde Mental, que em determinado momento, transpõe os muros institucionais e vai aos poucos se instituindo como “clínica”, demarcando seu lugar no mercado, no leque das práticas terapêuticas. Observaram que o percurso dessa clínica vai fundamentando seus fazeres principalmente em proximidade ao fazer psicoterápico ou psicanalítico. Em suas conclusões, apontam que apesar do processo de AT ocorrer no fazer cotidiano e preconizar a idéia de interdisciplinaridade, através da interação entre diferentes profissionais sem que se estabeleça uma relação hierarquizada, nas entrevistas realizadas foi possível detectar que há um fazer clínico atravessado pela hierarquização e demarcação de saberes por parte dos especialistas como, por exemplo: o psiquiatra, o endócrino, o analista, o terapeuta de família.

Azevedo e Dimenstein (2008) apresentam um artigo que buscou responder em que medida o trabalho do AT beneficiaria o cuidador dos pacientes. Utilizaram como referência os trabalhos de Fiorati (2006 citado por AZEVEDO; DIMENSTEIN, 2008) e de Rosa (2003 citado por AZEVEDO; DIMENSTEIN, 2008) que apontaram para o despreparo familiar do portador de transtorno mental, levando a atitudes desorientadas e re-internações. Apontam que o AT pode servir de modelo de identificação para a família, auxiliando no manejo de condutas mais adequadas.

Parra em 2009, em sua dissertação de mestrado sobre a inclusão escolar de crianças autistas, através de suas experiências, constatou a importância do AT exercer um papel de pano de fundo, de mediação entre todos os componentes que cercam o acompanhado, a escola, a família e os profissionais do processo inclusivo; além disso, o incentivo do convívio e a conscientização da comunidade geral podem evitar o isolamento da criança e seu processo de exclusão.

Em outra área de atuação, Ribeiro (2009) escreveu um artigo que resgata a idéia da importância da clínica do AT no cotidiano institucional (Caps-Itapeva), como paradigma de manejo na clínica das psicoses. A partir da idéia de referência, segundo a qual cabe a um profissional qualquer do serviço acompanhar o percurso de determinado paciente servindo de intermediário entre ele e as atividades, tanto quanto entre ele e o fora da instituição, buscou problematizar os pontos em que a clínica do AT se aproxima dessa clínica institucional das psicoses.

Ainda no ano de 2009 (p. 14), Bezerra e Dimenstein apresentaram uma experiência de AT realizada junto a um paciente do Hospital Dr. João Machado (HJM), em Natal, e discutiram os efeitos e resultados desta forma de atenção na proposta de alta-assistida. Concluíram que o AT é um dispositivo importante que pode transformar a estratégia do Projeto Alta-Assistida do HJM, propiciando uma assistência mais eficaz ao portador de transtorno mental e a seus familiares, e com potencial de promover um contato mais próximo entre o profissional de saúde (acompanhante) e o usuário, assegurando um acompanhamento ininterrupto e de melhor qualidade. Segundo os autores, o AT é uma prática que se dá em agenciamentos que vão da subjetividade humana aos espaços sociais, dos espaços sociais ao meio ambiente, do meio ambiente à subjetividade. Afirmam, ainda, que o AT é uma estratégia fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica e de inserção de portadores de transtornos mentais na vida extramanicomial. “É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como espaço onde processa sua ação na medida em que visa à circulação do usuário no cotidiano, investindo em estratégias de enlace social”.

Ainda contribuindo para a discussão da ação do AT em diferentes funções psicossociais, Pitiá e Furegato, em 2009 (p. 14), realizaram um estudo com o objetivo de discutir o processo de reabilitação psicossocial e este tipo de ação terapêutica na saúde mental, com base na clínica de AT. Concluíram que os atuais dispositivos de atendimento na rede pública de saúde mental facilitam o engendramento das ações dos diversos profissionais

voltados para a singularidade como princípio de uma clínica antimanicomial. Enfatizaram que esta proposta é contrária à visão de uma simples adaptação do indivíduo à sociedade, colocam ser necessária uma intervenção terapêutica que convide o acompanhado a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social. Constataram que a rede de atendimentos - quais sejam os dispositivos hospitalares, quando for o caso, e os comunitários (ambulatórios, CAPS, hospitais-dia, oficinas etc.), voltados para a concepção de uma clínica antimanicomial, exige transformações sociais para além de questionamentos sobre a exclusão. “É necessária a mudança de atitude dos profissionais da saúde e sua efetivação nas práticas”. Esses autores enfatizam que a clínica do AT inserida no contexto das práticas do modo contemporâneo de atenção psicossocial, por sua característica interdisciplinar e antissegregacionista, exige formação específica do profissional na direção de mudanças de concepções, de atitudes e de comportamentos e mentalidade para melhor eficácia nos atendimentos em saúde mental. Consideram importante enfrentar o desafio da participação, colaborando na construção de uma nova rede de atendimento em saúde, contribuindo com estudos associados às práticas clínicas comunitárias, nas quais o AT, interdisciplinarmente, vem se consolidando em consonância com as transformações das políticas públicas em saúde, baseadas na atenção psicossocial e seus vários dispositivos de intervenção terapêutica.

Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009) investigaram o AT, entendido como intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares. Os autores referem-se ao AT como uma forma peculiar e elaborada de reabilitação, em que desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos. Partem da premissa de que cuidar é sinônimo de tratar, enfatizando a intervenção humana em sua contradição com o artifício tecnológico. Segundo esses autores, o AT facilita aos pacientes um retorno a condições existenciais perdidas e, por conseguinte, ambicionadas. Do mesmo modo, permite encontrar soluções para problemas práticos da vida e das relações interpessoais. Enfatizam a importância da disponibilidade afetiva do acompanhante para a construção de uma longa trajetória que auxilie a viabilização do crescimento individual e o desenvolvimento dos processos maturacionais. Esses autores investigaram a relação do AT com a teoria psicanalítica e a psiquiatria comunitária. Afirmam que, no “ato de acompanhar estabelece-se um correlato do processo psicanalítico de desangustiar sem desresponsabilizar o sujeito em questão” (p. 62). O AT oferece suporte ou continência ao sofrimento, tratando-se de uma clínica que busca interagir com estressores psicossociais e com recursos resilientes do paciente. Postulam que a intervenção do AT envolve comunicação e saúde, prevenção, promoção de saúde e ações psicoeducativas. Nos

projetos desenvolvidos viabilizam aos envolvidos, paciente e família: compreensão de sua própria experiência de sofrimento psíquico, suporte social e familiar mais robusto e racionalmente integrado, adesão maior ao(s) tratamento(s) e informação sobre cidadania, ética, bioética e itinerários terapêuticos. Sugeriram que a prática do AT seja vista como resposta às exigências da psiquiatria comunitária, assumindo um caráter transdisciplinar e transversal.

Ainda no ano de 2009, Iamin e Zagonel fazem uma reflexão dos aspectos éticos que permeiam as intervenções do AT com adolescentes com câncer, concluindo que, neste mundo do adoecer, o AT, torna-se fundamental para auxiliar na destituição do instituído, abrindo novos espaços para pensar. Possibilitando o surgimento da subjetividade de cada adolescente portador da doença do câncer, abre lugares para a subjetividade e para a espontaneidade, tão visível na adolescência, mas que termina ofuscada pela doença.

Brandalise e Rosa (2009) enfocaram a importância do projeto terapêutico individualizado nos tratamentos em Saúde Mental. Concluíram que o AT é um dispositivo terapêutico importante na concretização do projeto individualizado, na medida em que segue uma abordagem em que o sujeito é o centro, permitindo ao mesmo tempo mudança significativa na forma de se olhar.

Santos (2009) faz a sua contribuição a discussão relatando sua experiência na inserção do AT no modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos atendidos em um Ambulatório de Saúde Universitário. Verificou que, com o AT, o paciente portador de AVC não ficou restringido à condição de um trabalhador desumanizado à espera da morte, vista que suas consequências psicológicas foram cuidadas. Além disso, com o trabalho de AT, o paciente pode se descobrir outro, por meio de uma presença que cria oportunidades para a utilização do espaço como ferramenta clínica, considerando o meio de vida do paciente e seus recursos pessoais.

No campo da reabilitação social, Carniel e Pedrão (2010) investigaram a contribuição do AT no processo de assistência e reabilitação social de um portador de transtorno mental assistido em um Centro de Atenção Psicossocial. A pesquisa foi realizada através da análise de dezesseis encontros, que aconteceram em locais diferentes, os quais foram registrados, sintetizados e analisados, segundo o método qualitativo. Segundo os autores, os dados demonstraram resgate da auto-estima, retorno na realização de atividades,

motivação para novamente buscar o lazer, modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida. Por meio dos resultados obtidos a autor considerou o AT, uma modalidade terapêutica que contribui para a assistência e reabilitação psicossocial.

Discutindo a questão da formação, Berlinck (2010), em artigo referente à formação do psicólogo para uma saúde humanizada, constatou que apesar do movimento antimanicomial, os cursos de Psicologia no Brasil parecem não ter incluído esta perspectiva em seus projetos didático-pedagógicos. Enfocou a importância da inclusão do ensino de AT na grade curricular dos cursos de Psicologia, já que este se configura como prática de inclusão social. Sua perspectiva remete à importância de se formar psicólogos socialmente comprometidos com uma visão do paciente não como alguém que deve ser segregado, mas como sujeito válido, como pessoa, como sujeito autônomo.

Avaliando a produção bibliográfica podemos perceber que o campo do AT tem sido tratado por diferentes perspectivas: o AT e suas funções clínicas na constituição do self e da subjetividade, o AT como modalidade clínica específica, o AT como contribuição nas situações de inclusão, o AT como atividade clínica em diferentes situações institucionais, o AT e a subjetividade contemporânea. Ao longo do tempo, o AT vai se constituindo como prática clínica que acumula pesquisas e reflexão crítica, apresentando-se como campo de investigação científica que poderá contribuir muito para o desenvolvimento de trabalhos clínicos e para o estudo de facetas éticas fundamentais da condição humana. Visando compreender a vivência de atores envolvidos no processo de AT, os ats, os pacientes e seus familiares, o presente estudo apresenta cinco estudos de casos clínicos acompanhados pela equipe Essência de ats, na cidade de Araçatuba. Buscou-se abarcar patologias que tem se beneficiado com um trabalho que extrapola os limites do trabalho clínico tradicional, dentre elas: a dependência química, a esquizofrenia e o paciente terminal.

## **1.4 Objetivos**

### **Geral**

Descrever e analisar casos atendidos na modalidade do AT identificando vivências, funções desempenhadas pelos ats e resultados do processo.

### **Específicos**

Descrever e analisar as vivências dos pacientes atendidos;

Descrever e analisar as vivências de familiares participantes do processo;

Descrever e analisar as vivências dos ats;

Comparar as vivências dos diferentes atores envolvidos no processo;

Identificar, analisar e comparar os resultados obtidos no processo de AT, de acordo com relatos dos participantes.



## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, no referencial psicanalítico, no qual foram descritos casos clínicos e processos de AT, analisados de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2004). A técnica de Bardin é um instrumento de análise das comunicações que pretende o enriquecimento da leitura, através da descoberta de conteúdos que confirmam o que se procura demonstrar através das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que *a priori* não se detinha compreensão.

Segundo Bardin (2004) os métodos de análise de conteúdo correspondem de modo geral a dois objetivos: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura. Trata-se de um método empírico, e, seu uso depende do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo.

Na presente pesquisa, pretendeu-se decodificar respostas a perguntas abertas feitas aos entrevistados, em que o conteúdo pôde ser organizado em temas específicos, conforme os relatos obtidos, relativos às perguntas dos roteiros de entrevista semi-estruturada elaborados para cada categoria de participante: ats, acompanhados e familiares. Este procedimento auxiliou na compilação e categorização dos relatos dos entrevistados, os quais foram analisados, identificando-se as vivências dos participantes, as funções exercidas pelos ats e os resultados alcançados, que puderam ser explorados e discutidos no modelo psicanalítico.

### 2.1 Participantes

Participaram desse estudo cinco pacientes, denominados de modo fictício como: Bela, Heremita, Adonís, Apolo e Pequeno Polegar, compondo uma amostra de quatro pacientes do sexo masculino, e um do sexo feminino. Em relação aos quadros psicopatológicos: Bela e Heremita são portadores do diagnóstico de esquizofrenia paranóide; Adonís e Apolo são dependentes químicos em recuperação e Pequeno Polegar é portador de uma doença degenerativa chamada Duchenne. Em relação à faixa etária, Pequeno Polegar é adolescente, e tem 13 anos. Os demais pacientes da amostra são adultos: Bela tem 33 anos,

Heremita tem 38 anos, Adonís tem 23 anos e, Apolo tem 40 anos. Não se estabeleceu critério de faixa etária ou gênero para a inclusão no estudo, vista que o trabalho de AT permite a diversidade de atendimento com relação a diagnósticos, gênero e faixa etária. O critério adotado foi o da diversidade dos casos, em termos de psicopatologia, de faixa etária e de gênero, pretendendo destacar a amplitude do trabalho do AT. Os familiares foram selecionados de acordo com a sua participação no processo de AT. Nessa amostra de pacientes, apenas dois familiares foram atuantes no tratamento, a mãe de Adonís, chamada neste trabalho de Esperança, e a mãe de Pequeno Polegar, identificada por Estrela. Os ats tiveram como critério preliminar de escolha, fazerem parte do Grupo Essência de Acompanhamento Terapêutico da cidade de Araçatuba, além de serem acompanhantes dos pacientes mencionados acima. Tais critérios foram adotados visando possibilitar aos profissionais, a avaliação e a reflexão sobre seu trabalho na área da saúde, vista que o processo de AT é constituído por diversos elementos que o torna multidimensional, em especial pela relação construída no encontro dos acompanhantes com os acompanhados. As quatro acompanhantes, todas do sexo feminino, foram identificadas por nomes de flores: Flor de Campo, Hortência, Margarida e Copo de Leite. As acompanhantes podem ter acompanhado mais de um paciente da amostra. O quadro 1 apresenta os dados dos participantes da pesquisa.

**Quadro 1 - Apresentação dos atores envolvidos no processo de AT**

<i>Acompanhados</i>	<i>Psicopatologia</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Acompanhantes Terapêuticos</i>	<i>Familiares</i>
Bela	Esquizofrenia Paranóide	F	33	Flor de Campo	Ausentes
Heremita	Esquizofrenia Paranóide	M	38	Hortência	Ausentes
Adonís	Dependência Química	M	23	Hortência	Esperança (mãe)
Apolo	Dependência Química	M	40	Flor de Campo	Ausentes
Pequeno Polegar	Duchenne	M	13	Margarida / Copo de Leite	Estrela (mãe)

Os aspectos psiquiátricos e psicodinâmicos de cada psicopatologia diagnosticada nos participantes são explorados, visando à inserção de aspectos teóricos encontrados na literatura nessa área de estudos.

### 2.1.1 Esquizofrenia Paranóide: os casos de Bela e de Heremita

Dentre os diferentes quadros de transtornos mentais descritos na literatura, destaca-se a esquizofrenia. Esta perturbação psiquiátrica vem sendo objeto de maciça investigação científica nas últimas décadas. A esquizofrenia é um transtorno psicótico caracterizado, principalmente, por sintomas como delírios, alucinações, disfunção social/ocupacional, entre outros critérios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 305). Segundo os critérios estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV-TR a esquizofrenia caracteriza-se por:

#### A - Sintomas característicos

No mínimo dois dos quesitos citados abaixo, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso): (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou abulia.

Apenas um sintoma do critério A é necessário quando os delírios são bizarros ou as alucinações consistem em vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos do indivíduo, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

#### B - Disfunção social/ocupacional

Por uma porção significativa de tempo, desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado. Antes do início ou quando o início ocorre na infância ou adolescência, o indivíduo apresenta incapacidade de atingir o nível esperado de realização pessoal, acadêmica ou profissional.

#### C – Duração

Sinais contínuos da perturbação persistem pelo período de seis meses. Esse período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodômicos e residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por

sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por exemplo: crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D – Exclusão de transtorno Esquizoafetivo e Transtorno de Humor.

O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno de Humor com Características Psicóticas foram descartados, por que: (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu.

E – Exclusão de substância/condição médica geral

A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral.

F – Relação com um Transtorno Global do Desenvolvimento

Se existe um histórico de Transtorno Autista ou de outro Transtorno Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estiverem presentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratados com sucesso) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p.316).

Critérios semelhantes são estabelecidos na Classificação Internacional das Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993):

Codificados em F20, os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. A consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. A perturbação envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como conhecidos ou partilhados por outros e podem desenvolver delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalham de forma a influenciar os pensamentos e as ações do indivíduo atingido, de forma que são muitas vezes bizarros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 85).

A esquizofrenia paranóide é o tipo mais comum; no quadro clínico, predominam delírios e alucinações, além da perturbação do afeto e pragmatismo.

Segundo a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 88), a esquizofrenia paranóide (F20.0) é dominada por delírios relativamente estáveis, com frequência, paranóides, usualmente acompanhados por alucinações, particularmente da variedade auditiva, e perturbações da percepção. Nos casos crônicos, os sintomas floridos (alucinações e delírios) persistem por anos e é difícil distinguir episódios bem delimitados. O começo tende a ser mais tardio do que nas formas hebefrênica e catatônica. Exemplos de sintomas mais comuns: a- delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou ciúmes; b- vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assobios, zumbidos ou risos; c- alucinações olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais; alucinações visuais podem ocorrer, porém, raramente, são predominantes.

Em relação aos aspectos psicodinâmicos da esquizofrenia, Sullivan (1962 citado por GABBARD, 1998) acreditava que a etiologia do transtorno resultava de dificuldades interpessoais precoces (particularmente no relacionamento pai-filho) e definiu o tratamento como um processo interpessoal em longo prazo, que tentasse abordar aqueles problemas precoces. Refere também que a maternagem defeituosa produz um *self* carregado de ansiedade na criança e evita que a mesma tenha suas necessidades satisfeitas. Ainda em Gabbard (1998), Arlow e Brenner (1969) diferenciaram a neurose da psicose em três aspectos: 1) na psicose a regressão seria mais severa; 2) os conflitos relacionados com a agressão seriam mais intensos; 3) os distúrbios do funcionamento do ego e superego seriam mais agudos.

Segundo Robbins (1992 citado por GABBARD, 1998), os fatores neurobiológicos são necessários, mas não suficientes para responder pela esquizofrenia. Elaborou o conceito de diátese constitucional, onde fatores neurobiológicos interagem com estressores psicológicos e ambientais, formando a díade para a formação da esquizofrenia. Sugeriu que as tarefas do desenvolvimento da criança com predisposição para esquizofrenia assumem diferentes significados e diferentes modos de resolução e são moldadas pela natureza das primeiras relações objetais com as pessoas que as cuidaram. Refere que a hipersensibilidade, as dificuldades com a atenção e concentração e a esquiva nas relações objetais são traços de personalidade prévios comuns à esquizofrenia. Pollack (1989 citado por

GABBARD, 1998) propôs que a ferida narcisista do *self* pode ser um fator influente na precipitação de fenômenos psicóticos. Segundo ele o distúrbio primário na psicose esquizofrênica pode ser compreendido como um enfraquecimento prolongado ou fragmentação do *self*. Objetos do *self* no ambiente, como psicoterapeutas, membros da família, equipe de reabilitação psicossocial e outros sistemas de apoio devem estar presentes para oferecer “meios de reunir” o *self* fragmentado do paciente esquizofrênico. Vários autores referem que os delírios ou alucinações são carregados de significados psíquicos, delírios ou alucinações grandiosas podem ser uma forma de compensação de insultos freqüentes a auto-estima do paciente, como se o paciente se esforçasse para recuperar o dano narcisista em sua personalidade.

Chabert (1993) afirma que a ruptura com o real, a importância de um funcionamento dissociado, a falta da identificação de si e os vazamentos recorrentes dos quais a pessoa é objeto são elementos significativos da esquizofrenia. As provas manifestas de um pensamento delirante, a riqueza associativa, o surgimento e a invasão dos processos primários que se apossam constantemente do campo da consciência evocam, claramente, um processo paranóide. Este marca com loucura o funcionamento psíquico, e com uma loucura invalidante porque impede o pensamento de se desenvolver de um modo livre das contaminações mórbidas que, com certeza, se imiscuem em toda conduta afetiva, intelectual ou adaptativa. Mas, por outro lado, este processo paranóide permite manter uma vida psíquica que, apesar de sua extrema patologia, faz o paciente existir numa atividade representacional e, portanto, em uma atividade de pensamento. Segundo Caballo (2003), apesar da natureza grave e duradoura da esquizofrenia, muitos pacientes melhoram progressivamente e em alguns até pode ocorrer à remissão total dos sintomas nos seus últimos anos. Para que o tratamento psicossocial seja eficaz para a esquizofrenia, devem ser levados em conta os ingredientes de um tratamento amplo. Os pacientes com esquizofrenia requerem um tratamento farmacológico com medicação antipsicótica, que precisa ser vigiado continuamente durante o curso da doença. Deve-se prestar atenção às necessidades básicas e médicas desses pacientes, pois este transtorno interfere, freqüentemente, com a capacidade dos pacientes para reconhecer e buscar ajuda diante das doenças físicas, ou para buscar condições adequadas de alojamento, de alimentação ou de cuidado de si mesmo. Finalmente, é crucial que os pacientes recebam um controle individual para integrar os diferentes aspectos do programa de tratamento e para assegurar a continuidade do cuidado ao longo do tempo.

### 2.1.2 Dependência química: os casos de Adonís e de Apolo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), dependência química é um estado psíquico e físico que emerge no indivíduo reações de comportamento, como, compulsão para ingerir a droga e experimentar seus efeitos psíquicos e, por vezes, evitar o desconforto de sua falta.

Segundo o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), os critérios diagnósticos para dependência de substâncias são a manifestação de três ou mais sintomas dos itens abaixo no período de 12 meses:

1 - Tolerância

- a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
- b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2 - Abstinência – substância - é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

3 - A substância - é consumida em maiores quantidades por um período mais longo do que o pretendido.

4 - Desejos persistentes no sentido de controlar o uso da substância.

5 - Muito tempo gasto em atividades para a obtenção da substância, na utilização da substância e na recuperação de seus efeitos.

6 - Abandono de atividades sociais, ocupacionais e recreacionais.

7 - Não interrupção do uso apesar da consciência das conseqüências.

Focchi et al. (2001) aponta para 20 vezes maior o risco de tornarem-se dependentes indivíduos com diagnóstico psiquiátrico anterior, em destaque os transtornos de: conduta, personalidade anti-social, déficit de atenção, depressão e ansiedade.

Focchi et al. (2001) coloca que em relação aos estressores psicossociais: as dificuldades de funcionamento social, os aspectos culturais e sociais, as relações interpessoais, o fracasso escolar e a vulnerabilidade psicofisiológica são fatores importantes de predisposição para o desenvolvimento da patologia.

Ainda Focchi et al. (2001) em relação aos fatores de proteção os autores destacam a importância do ambiente estável, o alto grau de motivação, o forte vínculo pais-criança, a supervisão parental – disciplina consistente, as relações grupais saudáveis, o trabalho comunitário e a religiosidade.

Para a realização do processo de avaliação é importante destacar os estágios correspondentes à prontidão para o tratamento. Quatro estágios de avaliação foram descritos por Prochaska e Di Clemente (1992):

1º Estágio - Pré-contemplação:

Não há no indivíduo planejamento de mudança de comportamento.

2º Estágio - Contemplação:

O indivíduo avalia de forma mais realista o custo e o benefício da dependência, começa a pensar na possibilidade de mudança de comportamento que pode ter duração de minutos a anos.

3º Estágio - Ação:

O indivíduo começa a realizar mudanças concretas, com provável diminuição do consumo, pode buscar conversar com alguém de confiança e buscar tratamento.

4º Estágio - Final:

O indivíduo mantém as mudanças significativas no seu estilo de vida.

Muitas vezes o dependente químico circula pelos quatro estágios e a conquista do quarto estágio, muitas vezes não se mantém, podendo o indivíduo retornar para qualquer um dos estágios anteriores.



No tratamento, é importante levar em consideração três princípios (FERREIRA; LARANJEIRA, 1998):

- 1) A abstinência deve ser completa. A internação deve ser indicada caso haja abstinência parcial; complicações clínicas graves; overdose ou tentativa de suicídio e co-morbidades.
- 2) Na reabilitação física e psicossocial, é primordial que os familiares sejam responsáveis no auxílio da rede social (mudança de co-dependentes para co-terapeutas).
- 3) Prevenção de recaídas - mais de 70% dos dependentes tem recaídas entre seis meses até um ano depois da abstinência. Para a prevenção é necessário as seguintes intervenções: identificar situações de risco; praticar respostas a serem emitidas; equilibrar o estilo de vida e evitar violar a abstinência.

Olievenstein (1988) e Kalina (2000), autores que enfocam os aspectos psicodinâmicos da dependência química, tem enfatizado, além da estrutura de personalidade e a dinâmica familiar, a importância dos aspectos culturais e sociais no agravamento da psicopatologia. Utilizam termos como adicção e toxicomania para se referirem à dependência química.

Olievenstein (1988) afirma que é evidenciada, na toxicomania, a importância dos contextos macro e microsociais na sua formação, além da necessidade de uma abordagem qualitativa e biopsicossocial para o seu conhecimento e a sua intervenção terapêutica. Enfatiza que embora a toxicomania apareça em todas as épocas e sociedades, seu conteúdo e sua forma variam e evoluem constantemente, de acordo com as mudanças culturais e sociais, são variáveis entre as culturas tanto os limiares de tolerância do uso da droga quanto seu consumo e os próprios efeitos deste.

Simultaneamente à influência cultural no desenvolvimento da dependência química, há um indivíduo com uma estrutura de personalidade mais suscetível à toxicodependência. Contudo, salienta-se que, embora haja uma tentativa de definição de um modelo único de personagens farmacodependentes, é impossível negar as suas peculiaridades que, justamente, são produtos de uma interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

É importante frisar que a constituição psíquica do ser humano individual está intimamente ligada à introjeção de valores culturais. Os ideais que reinam em determinadas épocas e sua relação com o desenvolvimento de diversas patologias tem sido foco de estudo de vários autores da psicanálise.

Olievenstein (1988) referindo-se aos valores da sociedade contemporânea refere que as relações competitivas e individualistas, o imediatismo, a obtenção do prazer fácil estimulam, no indivíduo, com particular violência, o desejo da aquisição imediata de um prazer intenso, solitário, muito mais restrito ao corpo, sem expressões culturais verdadeiras, limitando todos os possíveis investimentos dirigidos ao *outro*, quando não os extinguindo. Segundo este autor a solução pelas drogas pode expressar um meio e um refúgio. Trata-se, inicialmente, de uma reação ao desequilíbrio afetivo e a uma situação social intolerável, inicialmente destinada a reduzir o mal estar ou a ajudar a esquecê-lo.

No texto “Síndrome de Popeye”, Kalina (2000) refere que o desenvolvimento humano é marcado pelo enfrentamento das limitações reais e lógicas do princípio da realidade, sugere que o indivíduo que possui maior desejo de poder geralmente apresenta maior dificuldade de enfrentamento.

Se o poder de suportar a impulsividade é uma característica do adulto, que é capaz de conter as reações imediatas, o dependente químico, impulsivo, apresenta ausência dos elementos de reflexão, de autocrítica, que possibilitam a contenção do ato; a reflexão e a autocrítica são substituídas pela ação impulsiva, imediata. A adaptação ao princípio de realidade não se realiza ou, se o faz, é de maneira incompleta, o indivíduo age sempre da perspectiva infantil. Todas as ações estão voltadas para um objetivo negativo: o de fazer cessar a tensão existente, como o bebê quer fazer cessar uma sensação de fome, que lhe dá a impressão de ameaça à vida (OLIEVENSTEIN, 1988).

Kalina et al. (1999) afirmam que a intolerância ao sofrimento é uma das principais características da “depressão tensa”, base de toda toxicomania. A utilização da droga neutraliza este sofrimento, produzindo euforia, o que equivale a dizer que o ego reencontra a satisfação narcisista perdida. Entretanto, essa satisfação é passageira e, mais uma vez, sobrevêm à depressão e a necessidade de libertar-se dela; configura - se, assim, uma estrutura cíclica de comportamento do ego. A paixão *tóxica*, constitutiva dessa patologia, consiste em um tipo de amor muito específico: um amor caracterizado por uma economia

psíquica essencialmente narcísica. A busca imperiosa pela droga é, em si, extremamente narcísica; o investimento libidinal é retirado do mundo exterior e dirigido para o próprio indivíduo toxicômano através da droga – a droga é o seu objeto de amor. A libido, convertida em narcisista, não encontra, então, um caminho de regresso para os objetos (no caso da drogadição, para outros objetos que não a droga) e este obstáculo à sua mobilidade é o que passa a ser patológico. Esse caminho de retorno ao estado primitivo do narcisismo trata-se de uma verdadeira regressão. Essa regressão íntima e de comportamento altera completamente as relações do toxicômano com o mundo e, acentua impulsos agressivos ou sádicos (OLIEVENSTEIN, 1988). Outra característica encontrada em toxicômanos refere-se à falta de iniciativa para a ação, a qual existe em função da oposição feita ao mundo pelo drogadicto; a “vontade” está doente, ela só trabalha para que haja autonomia para a droga. Fala-se do futuro, mas dele não se espera nada, não há desejo por nada, a não ser pela droga, que novamente trará o prazer e o esquecimento. Todo o impulso vital dos adictos está modificado, desviado de qualquer tipo de ação concreta. Mesmo os impulsos sexuais estão subjugados pela busca narcisista do prazer.

Ainda que seja necessário o conhecimento dos aspectos relativos ao funcionamento psíquico do toxicômano, o ser humano é subjetivo e o terreno conhecido pode favorecer o risco de desprezar sua originalidade. É fundamental para o tratamento a busca contínua e incessante dos aspectos psíquicos através de uma abordagem predominantemente qualitativa, onde há a valorização do sujeito como eu individual.

### **2.1.3 Distrofia muscular do tipo Duchene: o caso de Pequeno Polegar**

Dentre os diversos tipos de distrofias, a Distrofia Muscular tipo Duchenne (DMD) é a forma mais comum, ocorrendo um caso em cada 3.500 nascidos vivos, sendo que a primeira manifestação dá-se entre os três e cinco anos de idade (VAN DEUTEKOM; VAN OMMEN, 2003; MANZUR; MUNTONI, 2009 citado por ZACHI, 2009).

Os primeiros sinais observados na infância são decorrentes da fraqueza muscular, que evolui simetricamente. A criança também tende a desenvolver hiperlordose, escoliose, pseudo-hipertrofia da panturrilha e marcha anserina. A progressiva fraqueza muscular global, associada às contraturas articulares, leva os pacientes a perderem a

capacidade de deambular entre os 8 e 12 anos de idade. Após a perda da marcha, os pacientes ficam confinados a cadeira de rodas, agravando as deformidades de coluna e membros inferiores, interferindo na independência funcional e auto-estima e conseqüentemente a qualidade de vida desses pacientes. Outro aspecto presente e bastante citado pela literatura é o comprometimento cognitivo. Cerca de 30% a 50% destes pacientes apresentam algum grau de déficit cognitivo. Além disso, os pacientes com diagnóstico de DMD também apresentam alterações cardiorrespiratórias, que se manifestam por volta do décimo ou décimo segundo ano de vida, e tendem a piorar com a evolução da doença. Os músculos respiratórios sempre são afetados, e, juntamente com as escolioses e deformidades torácicas, diminuem acentuadamente a função respiratória. Durante a progressão da doença, surge insuficiência respiratória com dificuldade na ventilação, falta de força para tossir, ocasionando infecções respiratórias de repetição, que na maioria dos casos, levam o paciente ao óbito. O músculo cardíaco também é afetado em praticamente todos os pacientes que sobrevivem por maior tempo. O óbito ocorre por volta dos 18 aos 25 anos por comprometimento cardíaco ou insuficiência respiratória.

Em grande parte dos casos o paciente sobrevive até a segunda década de vida com óbito decorrente de insuficiência cardíaca ou respiratória. Manzur e Muntoni (2009 citado por ZACHI, 2009) apontam que o avanço das técnicas de tratamento como ventilação mecânica e o uso de corticoesteróides têm proporcionado o aumento da sobrevida dos pacientes, podendo chegar à terceira década de vida.

Por ser uma das doenças hereditárias mais comuns, e por apresentar caráter altamente incapacitante e letal, a DMD tem despertado interesse cada vez maior por parte dos profissionais da saúde, que buscam não apenas verificar as necessidades de cuidados motores para estes pacientes, mas também, o impacto dessa doença na qualidade de vida destes.

Kübler-Ross (2005) descreveu a presença de estágios nos modos de reação de pacientes e familiares frente à angústia despertada pela possibilidade próxima de finitude. Segundo Kübler-Ross, a negação, ou pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os pacientes nos primeiros estágios da doença ou logo após sua constatação, ou até mesmo, em uma fase posterior. A negação inicial pode, em muitos casos, auxiliar alguns pacientes a se preparar para considerar a possibilidade da própria morte, deixando de lado esta realidade, por algum tempo, para terem força e motivação para lutarem pela vida. Este mecanismo de defesa contra a ansiedade frente ao confronto com a inexorabilidade existencial pode ser ruim

para o prognóstico do paciente, nos casos em que o afastam da busca de auxílio profissional para lidar com a doença. O tempo de permanência no estágio de negação do risco de morte depende de diversos fatores, incluindo: estrutura de personalidade, apoio familiar, apoio social, tipo de cultura, idade, forma de comunicação do diagnóstico, entre outros.

Outra forma de reação, ressaltada por Kübler-Ross (2005), é representada por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. É muito difícil, do ponto de vista da família e da equipe de saúde, lidar com este tipo de reação. Deve-se isso ao fato dela se propagar em todas as direções, e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razão compreensível. Muitas vezes este sentimento se origina como reação à interrupção prematura de atividades existenciais; de construções começadas que ficarão inacabadas; sonhos que se esperavam realizar; objetivos que ainda se esperavam alcançar. Desta forma, revolta, ressentimentos, podem ser extravasados através de expressão de raiva, muitas vezes justamente naqueles que continuarão a desfrutar de tudo isso, que lhe será retirado.

No entanto, um paciente que é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção, pode se recompor deste intenso susto, e com isto, recuperar equilíbrio suficiente para manejar, de forma diferente e mais adaptativa, a ansiedade e a angústia advindas desta situação.

A barganha, outro dos estágios comuns nos pacientes sem perspectiva de cura, se traduz pela tentativa do paciente fazer algum tipo de acordo interno com o propósito de adiar o desfecho inevitável. Percebe-se que a maioria das barganhas é feita com Deus, é mantida geralmente em segredo, e, em troca, almeja um pouco mais de tempo de vida.

Para Kübler-Ross (2005), quando o paciente em fase terminal não pode mais negar sua doença, quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se mais debilitado, não consegue mais esconder de si a doença. Seu afastamento, sua revolta e raiva darão lugar a um sentimento de grande perda, que poderá ter como conseqüência, a depressão.

O paciente em fase terminal apresenta uma aflição inicial, quando se defronta com sua situação real, o que faz parte do processo de preparação para quando tiver de deixar este mundo. Frente a esta realidade, pode apresentar uma depressão reativa ou mesmo uma depressão preparatória.

A permissão de exteriorização do pesar facilita o processo doloroso de aceitação da situação em que o paciente se encontra, e, talvez, ele possa ficar agradecido aos que se propuserem a estar com ele neste estado de tristeza profunda.

A aceitação é o estágio atingido por aqueles pacientes que tiveram tempo necessário (que não tiveram morte súbita ou inesperada), e/ou tiveram recebido alguma ajuda para superar as etapas anteriores. O paciente atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto ao seu doloroso destino. Terá podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios, e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte neste momento em que ele está.

A família, nesse momento, necessita também de um suporte, pois à medida que o paciente, às vésperas da morte, encontra certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. Com isso, muitas vezes ele prefere que o deixem só, ou, pelo menos, que não o perturbem com notícias e problemas do mundo exterior, fazendo a família sentir-se aflita com este afastamento, e sem saber como lidar com este comportamento.

Segundo Kübler-Ross (2005), há alguns pacientes que lutam até o fim, que se debatem e se agarram à esperança, dificultando atingir este estágio de aceitação. A família e a equipe de saúde podem achar que esses pacientes são resistentes e fortes, e encorajá-los na luta pela vida até o fim, deixando transparecer que, aceitar o próprio fim, é uma entrega covarde, uma decepção ou, pior ainda, uma rejeição à família.

## **2.2 Instrumentos**

Foram utilizados Roteiros de Entrevista semi-estruturada elaborados para os diferentes participantes do estudo: os ats, os pacientes e os familiares (Apêndices A, B e C, respectivamente).

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas para acompanhantes terapêuticos, acompanhados e familiares, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente.

### **2.3 Local**

Os dados foram coletados nas dependências do Instituto de Psicologia Essência, em salas adequadas para a realização das entrevistas: arejadas, amplas e sem estímulos que pudessem interferir para o adequado desenvolvimento da entrevista.

### **2.4 Procedimentos**

Para a coleta de dados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru (processo 2089/46/01/09) (Anexo B), foram realizadas as entrevistas com os participantes, as quais foram conduzidas por auxiliar de pesquisa especialmente preparadas para essa tarefa. A auxiliar em questão foi escolhida por ser psicóloga, mestre em Psicologia e at, além de ser desconhecida para os pacientes e familiares. Assim, os dados foram coletados por pesquisador independente, não tendo sido coletados pela pesquisadora, pelo fato desta ter supervisionado os casos inseridos neste estudo. Os participantes foram inicialmente convidados pela auxiliar de pesquisa a participar do estudo e receberam todos os esclarecimentos necessários. Após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

As entrevistas tiveram duração de 10 minutos à aproximadamente uma hora, variando também no grau de dificuldade, o qual esteve associado às características dos entrevistados e à sua condição no momento das entrevistas. A auxiliar de pesquisa manejou cada situação específica com cada um dos entrevistados, sendo que, sua experiência profissional foi fundamental para o andamento do procedimento. Cada paciente encontra-se numa condição específica, conforme os apontamentos realizados pela auxiliar de pesquisa. Em relação aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, Bela durante a entrevista manteve-se calma, estava numa fase equilibrada, com ausência de alucinações e delírios, não apresentava pensamento confuso, o que facilitou a obtenção e compreensão dos dados coletados. Bela pareceu utilizar a entrevista como fonte de exploração dos conteúdos que lhe geram angústia, os conflitos familiares eram a todo o momento revivenciados exigindo da entrevistadora acolhimento, além de atitude empática e compreensiva para a efetivação e obtenção dos dados necessários. Já, Heremita, estava no processo de adaptação da nova

terapia medicamentosa; seu pensamento manteve-se confuso e prolixo durante a entrevista e a entrevistadora precisou auxiliar Heremita a organizar-se temporalmente, além de ir sistematizando com o mesmo suas mensagens para que elas pudessem ser compreensíveis. A entrevista exigiu atenção vigilante e boa organização de pensamento da entrevistadora para que os dados não fossem distorcidos e descartados. As entrevistas dos pacientes portadores de dependência química transcorreram de maneira geral sem muitos entraves. Adonís e sua mãe, Esperança, mantiveram-se tranqüilos, colaboradores e receptivos, o que facilitou a coleta de dados e a compreensão dos conteúdos; Apolo também manteve-se coerente e colaborador durante todo processo. Pequeno Polegar apresentou-se tímido e retraído durante a entrevista, exigindo da entrevistadora paciência, determinação e acolhimento para extrair alguns dados referentes ao processo de AT. Por sua vez, sua mãe, Estrela, manteve-se bastante participativa e permitiu a exploração das vivências do processo de AT.

Para a análise de dados as entrevistas foram transcritas, lidas e relidas pela pesquisadora visando identificar categorias temáticas conforme os passos sugeridos pela técnica de Bardin (2004) para análise temática de texto. Na análise temática são identificados temas referentes às categorias estudadas, que no presente estudo estão vinculadas às perguntas do roteiro de entrevista semi-estruturada utilizada. Após a identificação dos temas, são localizados os itens de significação de cada categoria específica (conteúdos das categorias), os quais são exemplificados por ilustrações que correspondem à unidade de codificação, constituídos por trechos das entrevistas que se vinculam às categorias e aos conteúdos representados.

Feitas as categorizações de acordo com os temas que foram emergindo, foram identificadas e analisadas, na abordagem psicanalítica, as experiências relatadas pelos pacientes, familiares e acompanhantes terapêuticos, identificando-se as funções através dos relatos dos participantes, bem como, os resultados alcançados no processo.



### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresentam-se, inicialmente, os casos clínicos, os quais foram descritos por meio dos dados das anotações clínicas e dos conteúdos das categorias das entrevistas das acompanhantes terapêuticas (ats): encaminhamento do caso, tempo de atendimento, demanda que justificou o trabalho de AT, objetivos do acompanhamento, ações exercidas, e as próximas etapas planejadas. Após a apresentação dos casos, as categorias referentes aos objetivos da pesquisa: (1) vivências dos atores envolvidos no processo e (2) resultados individuais, são mostradas em quadros com seus respectivos conteúdos e ilustrações. As funções desempenhadas no processo de AT foram identificadas através dos conteúdos das vivências relatadas pelos participantes da pesquisa (ats, pacientes e familiares). Nas categorizações das acompanhantes terapêuticas (ats), o roteiro de entrevista é composto por temáticas gerais e específicas a cada caso atendido. Os dados específicos estão inseridos na apresentação dos casos de cada paciente e, as temáticas gerais a todas as acompanhantes terapêuticas (ats) são especificadas posteriormente, após a apresentação de todos os casos clínicos e todos os quadros de cada caso específico.

#### **3.1 Casos clínicos, quadros das vivências e resultados dos atores envolvidos no processo de AT e análise dos conteúdos**

##### **3.1.1 Apresentação do caso Bela**

Bela tem 33 anos, solteira, segundo grau completo, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, vem sendo acompanhada na modalidade clínica de acompanhamento terapêutico desde Março de 2008. Foi encaminhada por duas estagiárias de Psicologia que realizavam a oficina Farta-Peça no Ambulatório de Saúde Mental e, atualmente, está inserida em tratamento na rede de Saúde Mental do Município, no ambulatório de Saúde Mental. É atendida em psicoterapia pela psicóloga do ambulatório, realiza tratamento psicofarmacológico com o psiquiatra, frequenta as atividades na terapia ocupacional e na oficina Farta-Peça. Em relação ao tratamento psicofarmacológico, atualmente faz uso da

Clozapina (Leponex – 400 mg). Possui histórico de três internações anteriores no Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes na cidade de Araçatuba.

No início do trabalho, Bela apresentava-se abrigada na residência de uma amiga e estava vinculada ao tratamento psicoterápico e medicamentoso no Ambulatório de Saúde Mental. Apresentava oscilações dos sintomas positivos da esquizofrenia, como alucinações e delírios, instabilidade em relação à aderência ao tratamento medicamentoso e necessidade de isolar-se em um mundo delirante para fugir dos conflitos que geravam intensa angústia. Em seu discurso, trazia com frequência a presença de personagens criados, os quais faziam parte do seu mundo delirante. A construção dos delírios era clara, não apresentava desorganização do pensamento e eram acompanhados de alucinações visuais e auditivas. A maior preocupação da equipe do Grupo Essência era a função que estes personagens ocupavam em sua vida. Um desses personagens era uma menina, chamada pela paciente de Raquel, tinha 5 anos e emitia voz de comando pedindo a Bela para se cortar, com o objetivo de purificar o sangue, ir à noite olhar os túmulos no cemitério e se atirar do viaduto na Rodovia Marechal Rondon. Outro personagem frequente era Deolindo, homem “mal encarado”, algumas vezes aparecia sem cabeça, não falava nada, mas olhava a paciente todo momento. Com sua presença, Bela era acometida de um pânico que a impedia de sair do quarto, de tomar banho e de exercer suas atividades cotidianas.

O trabalho de acompanhamento terapêutico teve como objetivo inicial a formação do vínculo terapêutico, que se deu pela composição de uma relação capaz de abarcar os conteúdos delirantes de Bela. A possibilidade das acompanhantes se abrirem para pertencer ao mundo construído pela paciente configurou-se na presença de figuras reais dentro do mundo delirante, o que resultou em um maior contato com a realidade. Após a configuração de um espaço continente às ansiedades e angústias aniquiladoras vivenciadas por Bela, iniciou-se a busca de conscientização da doença e da necessidade de aderência ao tratamento medicamentoso. Esse tratamento foi, por várias vezes, negligenciado pela paciente, ora pela dependência que a mesma apresentava pelos personagens delirantes criados, ora pelos incômodos gerados pelos efeitos colaterais das medicações.

Ao sentir-se amparada, Bela iniciou sua busca pela independência e passou a amadurecer um antigo projeto de morar sozinha. Este momento foi marcado por oscilações, dúvidas, e o papel principal das acompanhantes terapêuticas consistiu em amparar suas incertezas e angústias, além de percorrer casas para alugar buscando auxiliá-la na escolha

deste lugar, que configurava sua busca por desenvolvimento e independência. Nesse percurso, as acompanhantes terapêuticas se depararam com a casa de infância de Bela, a qual estava para ser alugada, e, tal fato, suscitou a memória mais nítida da paciente, dos traumas vivenciados em seu contexto familiar. Em momentos anteriores, Bela já havia mencionado os abusos sexuais e as humilhações vivenciadas na relação com o pai, além da ausência da figura materna, para intermediar os traumas sofridos. Porém, ao se depararem com o local onde tudo tinha acontecido, as recordações se intensificaram e passaram a ser temas centrais no trabalho com Bela. Neste momento foi-se configurando a construção de um novo tipo de lar, e as acompanhantes terapêuticas e Bela, transitavam entre a realidade trágica de um lar de infância e a construção idealizada de um lar futuro perfeito. A possibilidade de equilíbrio e enfrentamento da realidade é algo que se fez e se faz presente no decorrer de todo acompanhamento. Enfim encontrou-se uma casa para alugar e o trabalho constituiu-se da construção desse novo lar. Apesar de desejar este novo lugar, o medo de Bela de ficar só, tomou a cena e começou uma busca de alternativas que auxiliassem e amparassem suas vivências, as quais já extrapolavam o ambiente terapêutico construído. As acompanhantes terapêuticas iniciam o trabalho de mobilização da vizinhança e Bela passou a buscar companhias reais para compor este novo estágio de sua vida. Duas cachorrinhas, Sofie e Nicole, passaram a ser as novas integrantes dos encontros. Neste momento os encontros estavam submersos pela organização da casa, das contas e dos afazeres com Sofie e Nicole, como cuidar, limpar e se organizar. Apesar de essas tarefas estarem intensificadas no início de sua vida morando só, até os dias atuais estes focos permanecem com maior ou menor intensidade dentro do acompanhamento terapêutico, visto que, nem sempre, os cuidados com a higiene, com a saúde e com a organização do lar são preservados.

Ao morar só, Bela iniciou a ampliação de seus contatos interpessoais, os quais eram vivenciados de forma intensa e algumas vezes confusa; seus conteúdos sexuais passaram a ser tema dos encontros e eram geradores de intensa angústia na paciente. Nessa fase, Bela passou a negligenciar o tratamento medicamentoso, visto que este dificultava algumas de suas atividades. Porém essa situação não foi revelada nos acompanhamentos, o que culminou em um surto psicótico, no qual Bela se auto-mutilou, conforme já havia ocorrido em sua história anterior ao acompanhamento. As acompanhantes terapêuticas realizaram a internação psiquiátrica e passaram a acompanhar Bela dentro do hospital psiquiátrico, nos horários de visita, nos quais havia muita tensão e angústia para todos, porém era rico para a emergência de alguns conteúdos que permaneciam ocultos. Nessa etapa do acompanhamento, as

acompanhantes terapêuticas começam a se dar conta de que Bela omitia vários fatos e atuações que aconteciam em sua vida. No hospital, ao ser indagada sobre a necessidade de preservar conteúdos tão nocivos ao seu bem estar, falou de suas confusões nas relações interpessoais e apareceram figuras masculinas até então desconhecidas para as acompanhantes terapêuticas.

Após a alta hospitalar, iniciou-se o processo de readaptação ao lar e a busca por um tratamento medicamentoso que propiciasse melhor qualidade de vida à paciente. Até esse momento, a família de Bela se mantinha muito distante, apesar de algumas tentativas de aproximação das acompanhantes terapêuticas. Por esta razão, a equipe Essência se responsabilizou pela realização freqüente de exame de sangue necessário para a inserção de nova terapia medicamentosa (Clozapina, medicação de grande auxílio nos sintomas positivos da esquizofrenia, além da diminuição expressiva de efeitos colaterais). Tal recurso medicamentoso é utilizado em seu tratamento até os dias atuais. Após adquirir maior estabilidade com a nova terapia medicamentosa, Bela informou que estava grávida, gestação essa que não foi planejada, mas que era desejada por ela. Num trabalho focalizado em sua relação com o pai da criança, Bela, mostrou-se receosa, não apresentou desejo de aproximação com ele, e preferiu dar continuidade ao processo gestacional sozinha. Uma das dificuldades de Bela era revelar seu novo estado para a comunidade da igreja Evangélica que freqüentava. O foco do trabalho passou a ser, então, o auxílio no pré – natal e uma das primeiras providências foi consultar o psiquiatra a respeito da medicação, o qual afirmou não ser lesiva para o feto, sendo possível que continuasse o tratamento medicamentoso sem riscos.

Bela passou a compartilhar a experiência de gestar, e dentro do processo de criação do ser mãe, reviu aspectos importantes de sua constituição subjetiva. Bela foi inserida em um programa para gestantes e realizava o pré-natal com a ajuda de suas acompanhantes terapêuticas. Todos estavam gestando a nenê, cujo nome, escolhido por Bela, foi o de uma das acompanhantes terapêuticas. Essa escolha foi interpretada como uma introjeção do ato de ser acompanhada para, a partir de agora, acompanhar o nenê, como uma função constante da figura materna. No final do período gestacional, Bela participou da entrevista para esse trabalho de pesquisa. Sua gestação foi tranqüila e ela recebeu todos os cuidados pertinentes ao processo, inclusive teve um “chá de bebê”, que contou com a presença de sua mãe, propiciando uma tentativa de estreitamento de suas relações familiares.

A preocupação da equipe quanto ao local onde Bela poderia ficar após o parto, promoveu maiores contatos com familiares e Bela resgatou a figura de um irmão, representante de afeto e continência. Após contatos e orientações das acompanhantes terapêuticas e acompanhamento durante o parto, Bela foi acolhida por seu irmão e cunhada durante o primeiro mês pós o nascimento da bebê. Atualmente sua filha está com oito meses e neste período Bela vivenciou oscilações importantes, inclusive referentes a uma negligência com a terapia medicamentosa. Apesar destas oscilações, Bela esforça-se para satisfazer as necessidades primárias da filha e preocupou-se com a amamentação, que se estende até os dias atuais. Atualmente, o foco do trabalho tem se dirigido ao auxílio da paciente para os cuidados maternos e em relação a si própria, fator que ainda muitas vezes é negligenciado.

### 3.1.2 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Bela

A categorização dos dados da entrevista de Bela foi subdividida em dois quadros referentes à: quadro 2A- dados referentes às vivências da paciente relacionadas ao processo de AT e as funções das ats, identificadas nos relatos da paciente; quadro 2B - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 2A - Vivências de Bela em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências em relação ao processo de AT	Ser valorizada Lugar de valorização da experiência alucinatória delirante Entendimento/Compreensão dos conteúdos delirantes/ <b>Função: agente de escuta do singular</b> Segurança/Acolhimento/Apoio <b>Função: continência</b>	Legal, a at perguntou sobre mim, sobre minha família Ficou conversando, conversei sobre o meu problema, falei sobre a Raquel que era uma menininha que eu também via. As ats sabiam que era doença mesmo. Eu podia conversar sobre o meu problema normalmente com elas, sobre meus amigos imaginários, sobre o meu mundo.  Eu me senti assim segura, me sentia bem. Elas acreditaram em mim, quando ninguém mais acreditou, né.
	Lugar de referência para a reconstrução da subjetividade <b>Funções: Placement/ Modelo de identificação</b>	Como se fosse minha família, porque eu não tenho assim apoio da minha família.
	Maternagem <b>Função: Identificação projetiva - introjeção do objeto( at) - processo de construção do self – busca de integração</b>	A Flor de Campo, eu tenho assim, como se fosse mãezona, tanto que eu estou esperando nenê, né, e eu até vou colocar o nome dela.

Na análise das vivências de Bela percebeu-se que, desde o início, o processo de AT representou para ela, um lugar de existência, através da escuta terapêutica singular e do reconhecimento de seu mundo particular. Os autores Canongia e Teixeira (2002), apontam que quando o at torna possível a disponibilidade da escuta do singular do paciente, possibilita o cuidado de seu Eros doente. Correlaciona esta experiência corpórea de ajuda externa à relação do interpretante materno, mediador da relação do bebê com o mundo, função que favorece o sentido para a construção do *self* do paciente.

A função de continência e a valorização do discurso delirante permitiram a vivência conjunta das angústias primitivas, e a conseqüente entrada do real (ats) no mundo delirante, representado pelos conteúdos terroríficos das experiências traumáticas passadas. As ats passaram a ser identificadas por Bela como a sua família, iniciando-se a consolidação de um lugar de referência para a reconstrução da subjetividade (*placement*). Safra (2006) refere que o AT não só possibilita o auxílio no estabelecimento de funções psíquicas e o trânsito do paciente na realidade, mas, sobretudo, oferta ao acompanhado um lugar ético constitutivo denominado *placement* (SAFRA, 2006). Essa idéia é corroborada por Maia (2006), ao afirmar que a sintonia do at com as necessidades do paciente que ainda não pôde alcançar o estado de unidade de si-mesmos (psicose), quando estruturada em experiências, auxilia as condições fundamentais para o desenvolvimento do *self*.

As ats foram vistas como modelos de identificação para a reconstrução de um *self* dissociado. Foi freqüente no discurso de Bela, o reconhecimento das ats em confronto com seu mundo delirante. A forma que Bela encontrou para continuar sua existência, foi por meio da construção de um mundo próprio. Reconhecer este mundo como real significou o reconhecimento de si mesmo, e a conseqüente possibilidade de sua participação no mundo real.

Barreto (1998) considera que a possibilidade do at sustentar a indiferenciação sem perder sua capacidade de discriminação, auxilia o paciente em seu processo de desenvolvimento. Ao refletir sobre o fenômeno da indiferenciação correlaciona-o à devoção (preocupação materna primária), situação onde o ser do at se ocupa das necessidades do outro. Esta continência, configurada na capacidade materna, transforma através da imaginação, as experiências do acompanhado.

Outro aspecto citado por Camargo (2004) no processo de AT consiste na importância do cumprimento da função de presença e construção na introdução da noção de sujeito, característica claramente presente durante o processo de acompanhamento terapêutico de Bela. Fiorati e Saeki (2006) consideram que, o trabalho do AT, por ter como constituição a ação, auxilia o restabelecimento do potencial criativo através da expressão das próprias idéias do acompanhado, tornando possível a reconstrução de um diálogo com o mundo e a inscrição de suas marcas na realidade. Acompanhar ativamente e intensamente Bela, e acreditar em suas capacidades, propiciaram uma ação investida em seu potencial criativo, a segurança para ações que extrapolavam as barreiras de seu mundo delirante, que começaram a se configurar em intercâmbios sociais, além da inserção em atividades significativas para ela.

Yagiu (2006), ao refletir sobre o enquadre no trabalho de AT, refere que quando o at consegue estabelecer uma distância ideal com o acompanhado, possibilita a criação do espaço da fala e o exercício da capacidade do acompanhado em aproveitar a própria situação, colocando em cena seu mundo psíquico, o que leva à promoção da saúde. Neste sentido, no caso de Bela, o enquadre do trabalho do AT, facilitou o espaço da fala e a validação de seu mundo psíquico, favorecendo o aparecimento dos conteúdos preservados e o contato com as capacidades não atingidas pelo processo de adoecimento.

Bela começou a gestar frutos de seu investimento em si mesma. A intensidade do encontro terapêutico no trabalho do AT ficou evidente quando Bela, ao engravidar, incorporou uma das ats (colocando seu nome em sua filha), que foi identificada pela paciente como representante da função materna, função essa que, naquele momento, começava a vivenciar e a reconhecer como constituinte de si mesma. ...“podemos estar dentro do corpo do paciente em alguns momentos, em outros momentos, é ele que nos habita; e ainda, “penso que essa confusão é um risco e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de compreender a subjetividade do paciente; é uma forma de comunicação primitiva” (BARRETO, 1998; p. 60).

**Quadro 2B - Vivências de Bela quanto aos resultados obtidos**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados pessoais	Melhora e Bem estar <b>Função: cuidador</b>	Eu melhorei muito depois que elas começaram a cuidar de mim.
	Mudança de percepção da doença. Reconhecimento e valorização das capacidades <b>Função: agente de promoção de saúde</b>	Então, assim, me fez ver, assim, que mesmo com a doença, que eu posso ter uma vida boa. Eu posso continuar a minha vida, assim, feliz, né.
	Reorganização financeira <b>Função: ego auxiliar</b>	É até o financeiro; elas me ajudam a organizar tudo isso.
	Diminuição das alucinações e delírios / Maior contato com a realidade <b>Função: objeto intermediador da realidade</b>	Depois que eu passei a ter o acompanhamento das ats eu comecei a ter menos alucinações, a viver menos no outro mundo.
	Apropriação da função materna / resgate de habilidades <b>Função: facilitador do resgate das habilidades</b>	Posso cuidar da minha filha, que nem muita gente.
Resultados percebidos em relação à família	Rompimento da crença familiar cristalizada Início de valorização e conscientização da doença Credibilidade <b>Função: catalizador das relações familiares</b>	No primeiro dia que a at foi lá meu pai ficou meio assim, meu pai tinha falado para meu irmão que não estava acreditando, aí depois passou uns dias eu tava no calçadão com a at. e meu irmão mesmo viu eu e a at, ela se apresentou pra ele como minha acompanhante terapêutica. Aí eles viram. .Eu acho que depois das ats, assim, melhorou a minha família, começaram a ver que eu não tava mentindo.

Bela refere sua melhora relacionada ao cuidado, à função de maternagem, que parece vir como base para o “abrir-se para a vida”, reiniciando uma existência, conforme evidenciado quando Bela diz começar a se reconhecer além de um ser doente. Iniciou o contato com algo que está diferenciado do mórbido, da doença, e conseguiu se reconhecer como alguém que existe, apesar do adoecer; a doença sai da cena principal, e agora, Bela pode começar a experimentar novamente sua capacidade criativa, só possível de emergir quando o sujeito pode parar de investir suas energias na defesa de um mundo ruim e aniquilador. A partir daí, pode-se dar continuidade ao resgate das funções de provisão, organização do lar, reorganização financeira; Bela já participava com maior intensidade do mundo real, diminuindo seu apego ao mundo delirante. Ocorre a diminuição dos conteúdos delirantes e o resgate das habilidades pessoais. Moreira (2003) tece uma conceituação do AT como aquele que cuida dos sujeitos que se encontram em estado de exclusão. Para tal, coloca-se em segundo plano, procurando entender as tramas e os ritmos das melodias de cada história. O ato de acompanhar permite que o at ocupe diferentes posições, podendo estar à frente do acompanhado, ao lado, ou atrás. Quando o acompanhado sente pavor de entrar em um lugar



no cenário cotidiano, o at pode estar à frente; outras situações podem convidar o at a estar ao lado do acompanhado, servindo como guia e apoio; em outras ocasiões, pode ser um espectador das conquistas do acompanhado, seguindo atrás como suporte distante para um sujeito que começa a caminhar sozinho. Durante o cuidado e a compreensão da história de Bela a at pôde transitar por posições diversas ao acompanhar o desenvolvimento maturacional da paciente.

Nesse processo de reconstrução, a presença do real na intimidade de Bela (a at), pareceu despertar em sua família, outro olhar, e outro lugar de referência, não apenas o lugar de quem finge, manipula (como ela era vista anteriormente pela família), mas o lugar de quem necessita de ajuda e continência.

O processo de AT, para Bela, resultou no resgate das habilidades não comprometidas pela doença, retorno à independência com restabelecimento de atividades diárias, diminuição dos sintomas positivos da esquizofrenia e a apropriação da função materna, ao cuidar de seu corpo que abrigava outra vida, além do início de aproximação com a família. Pitiá e Santos (2006) apontam que a literatura traz a figura do at como um terapeuta que assume a função de aliado do cliente, função que permite constituir um nível econômico de energia que ajuda a drenar o sofrimento do acompanhado. A possibilidade de compreensão neste encontro terapêutico possibilita ao acompanhado o reconhecimento de sua identidade e a reconstrução de sua auto-estima, que o leva a recuperar a esperança e a confiança em seus próprios recursos adaptativos.

A categorização dos dados da entrevista com a acompanhante terapêutica Flor de Campo, especificamente no que se refere aos dados da paciente Bela foi subdividida em dois quadros: quadro 2C – dados referentes às vivências da at Flor de Campo relacionadas ao processo de AT e as funções identificadas nos relatos da at; quadro 2D - resultados do processo de AT.

**Quadro 2C - Vivências da at Flor de Campo em relação ao processo de AT de Bela e identificação das funções exercidas**

<i><b>Categoria 1</b></i>	<i><b>Conteúdos</b></i>	<i><b>Ilustração das vivências</b></i>
Vivências	Medo: - dos riscos na maternidade; de recaídas/necessidade de grande continência <b>Função: continente dos conteúdos</b>	É a possibilidade da maternidade em particular; eu achava muito perigoso, mas eu não vejo que nós não tenhamos conseguido com ela, com muita dificuldade, ela teve recaídas e até hoje temos momentos difíceis, nós temos que ser muito continentemente; tem as dificuldades.
	Medo/preocupação:/dos riscos da paciente estar só / <b>Função: rêverie</b>	É no início nós até achamos, eu particularmente achava que não seria possível ela morar sozinha.

A análise das vivências da at Flor de Campo durante o acompanhamento terapêutico de Bela aponta para a presença forte de temores que marcam com intensidade os encontros terapêuticos. O distanciamento e a falta de apoio da família parecem ter gerado a responsabilidade efetiva do exercício da maternagem. O processo, segundo as vivências da at, parece ter oscilado, em momentos de equilíbrio e desequilíbrio, configurando um processo tenso, onde a continência foi o alicerce do desenvolvimento do trabalho. No final, a vivência expressa “foi um trabalho muito rico” configura a importância de apostar em uma clínica sem muros, onde a subjetividade, as possibilidades, as habilidades ficam em destaque, em detrimento do mórbido processo de adoecimento. Marazina (1991, p.123) afirma que o lugar do at é de exposição, na medida em que escolhe derrubar o muro e sair com a loucura na rua, trabalhando neste “fio de navalha, convive com altos riscos, pois, seu corpo recebe todo o impacto da loucura como o único continente”. Santos (2006, p. 61-62) refere que o acompanhamento de pacientes psicóticos é marcado pela presença constante de vários conflitos e ansiedades. Dar nosso corpo, emprestar nossa presença, protege e atesta que a pessoa a nosso lado não enfrenta aquilo sozinha, condição necessária para expandir alguns de seus duros limites de vida”.

Barreto (1998) refere Bion (1962-63) ao falar da capacidade de *rêverie da mãe*, a qual consiste no acolhimento das vivências do bebê através da sensorialidade e suas transformações em algo passível de ser pensado (símbolizado).

Almeida (2006), ao se referir à forma peculiar de transferência na clínica das psicoses, atesta para a busca do paciente, no outro, como espelho para a suplência imaginária que confere integridade ao corpo despedaçado pela esquizofrenia. Relata ser um tipo de

transferência difícil de ser sustentado por acontecer no próprio corpo da acompanhante, experiência de fusão, em que, qualquer movimento da acompanhante pode ameaçar a integridade do sujeito. Varella, Lacerda e Madeira (2006) afirmam que a experiência no trabalho de AT na psicose consiste muitas vezes em deixar-se invadir pelo paciente. O manejo desta simbiose e o desejo de sustentar essa relação passam a ser o pilar da reconstrução.

**Quadro 2D - Vivências da at Flor de Campo quanto aos resultados do processo de AT de Bela**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Retorno das atividades de lazer	Conseguiu voltar à capoeira
	<p>Maior conscientização da doença / Reorganização das atividades de vida diária e prática / Busca de independência</p> <p><b>Função: agente ressocializador</b></p>	Diminuiu a resistência que ela tinha anteriormente em relação à doença. Nós ajudamos ela se reorganizar nesse sentido financeiro, né de constituição de um lar, ééé de busca de algumas atividades que ela achava que ela não poderia mais ta exercendo, então foi um trabalho muito rico.
	<p>Resgate da subjetividade</p> <p><b>Função: auxiliador do estabelecimento de funções psíquicas</b></p>	Hoje ela tem um lugar só pra ela, ela tem essa oportunidade, né, de ressignificar um lugar de referência que fosse dela, né.
	<p>Construção da função materna</p> <p><b>Função: agente promotor de independência</b></p>	Pudemos ta ajudando-a nesse sentido, ela ressignificar a maternagem. Ela ta mais consciente da importância do tratamento, da importância do compromisso que ela tem que ter com ela mesma e agora com a criança.
	<p>Ressocialização</p> <p><b>Função: agente ressocializador</b></p>	Ressocializá-la, esse objetivo maior nós conseguimos sim diante de muitas dificuldades, mas também de muitas conquistas.

Nos resultados referidos pela at de Bela, percebeu-se a conquista de maior conscientização da doença pela paciente, o resgate das atividades de lazer, a reorganização das atividades de vida diária e da vida prática, e a busca da independência, iniciando-se um processo de ressocialização. A maior integração do *self* de Bela parece ter permitido a construção da função materna, e a conseqüente extensão do compromisso de cuidado consigo e com o outro. Carniel (2008) aponta que esta forma peculiar de construção do vínculo terapêutico no AT possibilitou, para o paciente acompanhado em sua pesquisa, resultados positivos como: mudança de comportamento, melhora na qualidade de vida, reabilitação psicossocial e reorganização da estrutura familiar. Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009, p. 15) colocam o trabalho do AT como facilitador do retorno às condições existenciais

perdidas, além de permitir o encontro de soluções para problemas práticos da vida e das relações interpessoais. Segundo os autores “não se trata meramente de um tratamento bem sucedido, mas de ter atingido certa qualidade de cuidados ministrados capaz de facilitar o crescimento individual e viabilizar processos maturacionais”.

O quadro 2E compara as vivências dos atores envolvidos no processo de AT de Bela:

**Quadro 2E - Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Bela**

<i>Conteúdos das vivências de Bela</i>	<i>Conteúdos das vivências da at Flor de Campo</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção de Bela</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção da at Flor de Campo</i>
Legal /interesse	Medo: - dos riscos na maternidade	Melhora e Bem estar	Reorganização de vida
Segurança/ Acolhimento Apoio	Preocupação: Com recaídas (necessidade de grande continência)	Busca de integração	Ressignificação dos conflitos
Lugar de referência para a reconstrução da subjetividade	Medo:- paciente estar só	Mudança de percepção da doença	Retorno de atividades de vida diária e vida prática
		Reconhecimento das capacidades e fortalecimento das capacidades egóicas	Constituição de um lar/independência/reorganização financeira
		Em relação à família: Rompimento da crença familiar cristalizada Início de valorização e conscientização da doença /Credibilidade	Mudança de papel com a gestação/Maior consciência da importância do autocuidado – estar bem para cuidar do outro
			Reconstrução com o social

Bela traz em seu discurso, de forma clara, que o processo de AT significou um lugar de referência para o acolhimento de suas angústias primitivas. A continência, o acolhimento, o apoio, a segurança, o entendimento foram conteúdos constantemente presentes. Em contrapartida, a at Flor de Campo, vivenciou o medo e a tensão, por ocupar o lugar de continência, o ponto de ancoragem, gerando temores dos riscos e recaídas, o que pareceu permear todo o processo de acompanhar. A postura de alerta constante da at, parece

ter possibilitado a aposta na reconstrução de um mundo anteriormente cindido e dilacerado da paciente.

Em relação aos resultados obtidos, os dados trazidos por Bela e por Flor de Campo coincidem em vários aspectos: conquista da independência, retorno às atividades sociais, maior conscientização da doença, reconhecimento das capacidades, e busca do resgate da subjetividade. Bela traz como dado complementar sua representação sobre o impacto do AT na família, referindo-se a uma maior compreensão dos familiares em relação à doença, e o conseqüente início de uma proximidade.

### **3.1.3 Apresentação do caso Heremita**

Heremita tem 38 anos, foi acompanhado pela acompanhante terapêutica Hortência durante aproximadamente um ano. Tem diagnóstico de esquizofrenia paranóide, teve várias internações no Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes na cidade de Araçatuba. Atualmente esta sendo atendido em AT esporadicamente, sempre por pedido próprio. Foi encaminhado pela psicóloga e estagiárias de psicologia do Ambulatório de Saúde Mental, e o objetivo inicial foi auxiliar Heremita a realizar a transição da medicação, já que o psiquiatra estava tentando adaptar o paciente a uma medicação de alto custo que tem melhora significativa nos sintomas positivos da esquizofrenia. Heremita mostrou-se reticente durante os primeiros contatos e os encontros fora do consultório pareciam suscitar-lhe conteúdos sexuais de cunho persecutório, tema central em vários atendimentos e supervisões. Buscando diminuir a ameaça que os encontros pareciam despertar em Heremita, a acompanhante terapêutica utilizou como estratégia o uso de um jaleco em sua vestimenta e Heremita mostrou-se mais tranquilo com essa providência. Parecia que o jaleco o ajudava a manter a distância suficiente para o encontro terapêutico. A partir daí, Heremita passou a permitir de forma mais tranqüila a presença da acompanhante terapêutica. Outro fator que limitou o processo foi à resistência da figura materna, a presença de Hortência no ambiente da família não era do agrado da mãe de Heremita, o que suscitou na equipe o pensamento de que os conteúdos persecutórios tão intensos em Heremita provinham de uma constituição persecutória familiar, a qual, naquele momento, não poderia ser foco de embate. Sendo assim

optou-se, em equipe, pela realização dos atendimentos fora do contexto familiar, na tentativa de auxiliar Heremita a se diferenciar do ambiente patológico.

No decorrer do processo, Hortência possibilitou, com sua presença em ambiente público, que Heremita buscasse recursos para lidar com as angústias que lhe suscitavam. Heremita foi podendo distanciar da acompanhante terapêutica os conteúdos sexualizados que havia projetado nela e, conseqüentemente, pode trazê-los para mais próximo de si. Os encontros ocorreram nas praças e padarias da cidade, nos quais Heremita podia falar abertamente dos conteúdos que lhe afligiam. Quando os momentos de angústia eram muito intensos, Hortência recorreria ao *setting* do consultório. Em um desses momentos, em que o nível de angústia pedia um ambiente mais contido e acolhedor, Heremita pode representar, através da argila, muitos dos seus conteúdos sexualizados. Esta atividade foi de extrema importância para que Heremita trabalhasse os conteúdos que pareciam estar relacionados aos surtos psicóticos, os quais antecederam as várias internações. Outro trabalho realizado foi o de resgate do desejo de plantar do paciente. Junto da acompanhante terapêutica, Heremita idealizou uma horta perto do cômodo em que morava. A realização da horta pareceu resgatar conteúdos que o distanciavam dos conteúdos delirantes, função importante no trabalho do AT, que é o resgate de conteúdos não patologizados no indivíduo, o que o auxilia na vinculação com a realidade. Atualmente Heremita não tem tido mais internações em hospital psiquiátrico, mantém seus atendimentos no Ambulatório de Saúde Mental e busca o apoio de Hortência sempre que necessita.

#### **3.1.4 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Heremita**

A categorização dos dados da entrevista de Heremita foi subdividida em dois quadros: quadro 3A- dados referentes às vivências do paciente relacionadas ao processo de AT e a identificação das funções do at; quadro 3B - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 3A - Vivências de Heremita em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências iniciais no trabalho de AT	Desconfiança/Vergonha <b>Função: depositário das angústias primitivas</b>	No começo eu olho as pessoas, eu, eu não sei se eu vejo os defeitos primeiro. Mas eu acabo gostando da pessoa depois. Eu não queria que ela fosse à minha casa, por causa que, é nós somos, é, pobre né, o ambiente. Vergonha.
Vivências atuais	Orientação /Confiança/ Presença/Conforto <b>Função: holding/constância do objeto</b>	É bom, porque, ela me orienta também, me dá conselhos. São profissionais; então eu tenho que confiar neles e, né, porque a minha mãe, é, recusou receber a Hortência lá em casa, minha mãe é doente, sabe, precisava de um tratamento também, mas ela não quer, então não adianta. Hortência é boa, ela é sempre presente. Eu sinto conforto, né, porque eu sou um pouco assim, éé, abandonado
	Confiança <b>Função: auxílio no enfrentamento dos sintomas positivos</b>	Já me acompanhou pra pegar remédio, teve um dia que eu tive uma crise de alucinação, já fazia uns seis meses eu tava tendo elas, eu tive forte, ela teve comigo lá, teve lá presente, então eu acho que eu tenho que confiar nela sim. Tenho que confiar, eu confio nela sim.
	Ânimo, incentivo da criatividade <b>Função: ego auxiliar, agente promotor de mudança</b>	A Hortência me incentivou, ela falou de horta, de planta né, no começo eu era desanimado com planta, agora eu to vendo que ta indo pra frente. Tem aquela dama da noite, né, que cheira à noite, tudo, eu gosto. Plantei pimenta grande, por causa da Hortência, ela me animou. O canteiro da rúcula eu improvisei uma cobertura com ripas e cerquei com telhas, telhas comuns, velhas, então botei, coloquei bastante esterco, né, e acredito que vai pra frente sim
Vivências da família em relação ao trabalho de AT segundo a percepção de Heremita	Raiva /Ameaça/ Sensação de algo prejudicando/ invadindo <b>Função: depositário das angústias da família / at – elemento ameaçador da homeostase patológica do sistema familiar</b>	Minha mãe falava que estava me fazendo mal. Ela tava dando idéia, me incentivando, que é grande o quintal, tem lugar lá que da pra fazer uma hortinha lá né, tava me incentivando a fazer uma hortinha e minha mãe falou “se a Hortência quer que você faça horta, manda ela pagar a água” (risos) falou desse jeito, minha mãe

A análise das vivências de Heremita apontou para uma vivência inicial ambivalente, permeada pela angústia do encontro com o outro; um outro inicialmente ameaçador, correspondente à possibilidade de um olhar intruso e invalidante. Almeida (2006) ao refletir sobre a presença de aspectos persecutórios do paciente na relação com o acompanhante terapêutico, aposta numa tentativa de representação através do conteúdo delirante, cabendo ao acompanhante oferecer – se como corpo de significantes e lugar de testemunho da produção delirante. É importante ressaltar que esta vivência de ameaça e aniquilamento provocada pela aproximação do outro é equivalente à vivência que perdurou em sua genitora durante todo o processo de AT. Hortência, ao entrar no ambiente familiar de Heremita, parece ter servido como depositária das angústias primitivas de sua genitora, ameaçando a homeostase do sistema familiar, e consolidando-se em objeto ameaçador. Em relação à família do paciente psicótico e o trabalho de AT, Mauer e Resnizky (1987) referem

que, além da conotação positiva geralmente expressa pela família no início do acompanhamento, a conotação de intrusão também se faz muito presente, não sendo incomum que a família se sinta examinada, invadida ou espionada no seu ambiente natural. Apesar desta constituição nas relações interpessoais primárias, através da presença constante da at (constância do objeto), a confiança e a segurança puderam fazer parte das vivências de Heremita, facilitando a entrada da at na função de orientadora e agente promotora de mudanças. Varella, Lacerda e Madeira (2006), ao relatarem sobre uma experiência em AT com um paciente psicótico, apontam para a importância do manejo da transferência para permitir a continuidade da relação terapêutica, referindo-se à importância do manejo ser pautado na alternância de atos que permitam, ora a simbiose, ora a separação. O exercício da função de ego auxiliar possibilitou o resgate da criatividade de Heremita e a ação de mecanismos que auxiliaram o enfrentamento das angústias representadas nas vivências alucinatórias e delirantes. Velozo e Serpa Junior (2006) afirmam que através dos movimentos espontâneos, flexíveis e geradores de identidades ocorridos nos encontros durante o acompanhamento terapêutico, negociações particulares, trocas e laços sociais são criados, promovendo o resgate da experiência subjetiva e a produção de mudanças.

**Quadro 3B- Vivências de Heremita quanto aos resultados obtidos**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos Resultados</i>
Resultados	Controle dos impulsos. <b>Função: orientação, mediador do pensar</b> Organização/Autoconfiança. <b>Função: agente promotor do estabelecimento de funções psíquicas</b>	Eu queria entrar no empréstimo, ela falou “não, é melhor não”, né, então são pontos que ela ajudou. Quanto ao meu pensamento pra minha vida, pro meu futuro, acreditar mais em mim. Hoje eu consigo me organizar melhor.
Resultados percebidos em relação à família		Não obteve mudanças.

De acordo com os resultados percebidos e apontados por Heremita no processo de AT, o at parece ter auxiliado no controle de impulsos, através da função de objeto mediador do pensamento. Outro resultado importante identificado foi o retorno da atividade organizadora e o fortalecimento das capacidades egóicas, alcançados através do auxílio egóico oferecido durante o processo de acompanhar. Mauer e Resnizky (1987), ao explorarem as funções exercidas pelos acompanhantes terapêuticos, referem-se ao at como aquele que se situa junto ao ego do paciente, auxiliando-o a modificar as relações que mantêm com os



impulsos (Id) e com as exigências desmedidas do Superego, propiciando o enfrentamento da realidade e o resgate da capacidade de pensar.

A categorização dos dados da entrevista com a acompanhante terapêutica Hortência, especificamente no que se refere aos dados do paciente Heremita foi subdividida em dois quadros: quadro 3C - dados referentes às vivências da at Hortência relacionadas ao processo de AT de Heremita e a identificação das funções do at; quadro 3D - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 3C - Vivências da at Hortência em relação ao processo de AT de Heremita e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências	<p>Impotência – dificuldade com a família</p> <p><b>Função: depositário das angústias primitivas</b></p> <p>Criação – busca de recursos para enfrentar as dificuldades, buscar formas criativas de inserção</p> <p><b>Função: mediador dos desejos e auxiliar da reconstrução subjetiva</b></p>	<p>As ações com o Heremita são um pouco complicadas porque na casa dele a princípio ele tinha vergonha, depois a mãe não queria estranhos na casa, então foi muito complicado, foi abrir um espaço para ele recriar a vida dele. Trazer um pouco desse desejo, da vontade, das necessidades que ele julga básicas, que é ter um cantinho, ter um espaço pra ele ta fazendo uma horta e isso nós também já começamos a averiguar essa possibilidade de acordo com o salário, como ta realizando e concretizando esses objetivos dele.</p>
	<p>Satisfação - Entrar nas idéias delirantes.</p> <p><b>Função: auxiliar a conexão com o real, busca de recursos de enfrentamento</b></p>	<p>Esta auxiliando nesta reflexão do que é real, do que não é real e ele já começou a entrar em contato com essa realidade concreta, então isso é muito bacana.</p>

Na análise das vivências de Hortência, a impotência foi o sentimento que identificou a relação estabelecida com a família de Heremita. Para lidar com este sentimento no processo de AT, Hortência buscou recursos de enfrentamento e formas criativas de inserção no mundo persecutório de Heremita. Simões (2005), em sua dissertação de mestrado, ao realizar uma análise crítica da produção científica do AT, concluiu que apesar de existir um consenso sobre a importância de inserir a família no processo de acompanhamento terapêutico, os ats revelaram ser este um trabalho com grandes desafios e dificuldades, podendo, em algumas situações, inviabilizar o processo de tratamento. Auxiliar Heremita a diferenciar-se de um contexto familiar patologizante foi uma das metas estabelecidas no trabalho, o que ocorreu através da própria diferenciação no vínculo com a at, e através da busca de saídas criativas, como a construção da horta, experiência que parece ter sido fundante na demarcação de um território próprio para ele. Ressalta-se outra vivência da at, referente à satisfação experienciada, quando Heremita permitiu sua entrada no seu mundo

delirante, passando a exercer a função de auxílio ao contato com o mundo real e sua possível diferenciação. A impotência inicial do processo parece ter sido diluída quando Hortência passa habitar o território psíquico de Heremita, ajudando-o a concretizar metas objetivas no mundo real. Fiorati e Saeki (2006) relatam que a ação dentro do trabalho de AT enfocada no restabelecimento do potencial criativo do sujeito, resgata a expressão das idéias dos acompanhados e favorece a impressão de suas marcas na realidade.

**Quadro 3D- Vivências da at Hortência quanto aos resultados do processo de AT de Heremita**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Ajuste da medicação - <b>Função: mediador da aderência ao tratamento farmacológico</b>	O primeiro objetivo do AT que foi o medicamento, nós alcançamos um resultado muito satisfatório
	Prevenção da internação <b>Função: agente ressocializador</b>	A quatro pra cinco meses que ele não é internado,
	Melhor enfrentamento dos sintomas positivos Conscientização da importância de pedir ajuda <b>Função: agente reforçador dos aspectos conservados do ego</b>	Apesar de ter alguns delírios; as alucinações são poucas, os delírios são mais frequentes, quase que diários, mas ele consegue contornar essa situação; ele recorre à rede ou ao ambulatório ou a rede do AT então é muito bacana
	Articulação da rede <b>Função: articulador da rede</b>	e o que nós conseguimos mesmo então de muito importante foi articular a rede, o diálogo entre a AT, o psicólogo, o psiquiatra, a T.O, clínico geral prescritor do ambulatório e o processo de adaptação aos novos medicamentos que teve muito sucesso.
	Concretização da horta <b>Função: resgate da criatividade</b>	As ações com Heremita são um pouco complicada porque na casa dele a principio ele tinha vergonha, depois a mãe não queria estranhos na casa, então foi muito complicado e foi mais abrir um espaço para ele recriar a vida dele. Trazer um pouco desse desejo, da vontade, das necessidades que ele julga básicas, que é ter um cantinho, ter um espaço pra ele ta fazendo uma horta, já começamos a averiguar essa possibilidade de acordo com o salário, como ele pode ta realizando e concretizando desses objetivos dele.
Resultados com a família	Falta de aceitação da família	Não deu para interagir no ambiente familiar, que é um ambiente totalmente fragmentado, eles moram como se fosse assim um cômodo para cada um, mas separados, no mesmo terreno; então não teve como trabalhar.

Os resultados apontados pela at Hortência no processo de AT de Heremita apontam para a importância de exercer a função de mediador do ajuste medicamentoso, visando à prevenção da internação e do processo de exclusão. Para tal, foi importante a articulação da rede de tratamento através da comunicação da at com os outros profissionais visando à formação de uma rede integrada de assistência à saúde. Segundo Hermann (2005) o AT potencializa a construção de um olhar em rede, podendo algumas vezes, de acordo com Varella, Lacerda e Madeira (2006), ser o alicerce que viabiliza e sustenta a continuidade do trabalho. Outros dois aspectos importantes foram o auxílio na busca de recursos de

enfrentamento dos conflitos emergentes nos conteúdos delirantes, além da busca de saídas criativas para o retorno a atividades produtivas (concretização da horta). Bezerra e Dimenstein (2009) referem-se ao AT como uma prática que se dá em agenciamentos que vão da subjetividade humana aos espaços sociais, dos espaços sociais ao meio ambiente, do meio ambiente à subjetividade. Constataram que o AT é uma estratégia fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica e de inserção de portadores de transtornos mentais na vida extramanicomial. Em relação às dificuldades e impossibilidades durante o processo de AT, a interação no ambiente familiar foi extremamente restrita, em função da projeção dos conteúdos persecutórios da genitora de Heremita na figura do at, inviabilizando sua atuação no sistema familiar.

**Quadro 3E - Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Heremita**

<i>Conteúdos das vivências de Heremita</i>	<i>Conteúdos das vivências da at Hortência</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção de Heremita</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção da at Hortência</i>
Desconfiança/Vergonha	Impotência – dificuldade com a família - Criação <b>Função: busca de recursos para enfrentar as dificuldades, buscar formas criativas de inserção</b>	Controle dos impulsos. <b>Função: orientação, mediador do pensar</b> Organização Autoconfiança. <b>Função: ego auxiliar</b>	Ajuste da medicação
Orientação /Confiança/ Constância do objeto (presença) /Conforto – <b>Função: holding/constância do objeto</b>	Satisfação - Entrar nas idéias delirantes. <b>Função: auxiliar a conexão com o real, busca de recursos de enfrentamento</b>	Resultados obtidos em relação à família: <b>Função do at: bode expiatório – não obteve mudanças</b>	Prevenção da internação
Confiança – <b>função: auxílio no enfrentamento dos sintomas positivos</b>			Melhor enfrentamento dos sintomas positivos Conscientização da importância de pedir ajuda
Ânimo, incentivo da criatividade <b>Função: ego auxiliar, agente promotor de mudança</b>			Articulação da rede Concretização da horta
Experiências e sentimentos da família em relação ao trabalho de AT: Raiva /Objeto ameaçador/ Sensação de algo prejudicando/ invadindo <b>Função: depositário das angústias da família / at – elemento ameaçador da homeostase patológica do sistema familiar</b>			Falta de aceitação da família

As vivências de Heremita e da at Hortência no início do processo de AT vincularam-se a experiências carregadas de tensões, identificando em Heremita a desconfiança e insegurança com a presença do outro, até então desconhecido, e à sensação de impotência de Hortência em relação a não aceitação de sua presença no ambiente familiar de Heremita. A proximidade cautelosa e a plasticidade na relação terapêutica, como características próprias do trabalho do AT parece ter possibilitado à dupla, um tipo específico de vinculação que permitiu a entrada da at no mundo restrito e indiferenciado de Heremita, gerando em Hortência a satisfação de romper as barreiras do isolamento e enclausuramento. Por outro lado, Heremita passou a experimentar uma relação representante de um alicerce para suas dúvidas e angústias, viabilizando o retorno à atividade criativa, essencial para a transformação e concretização de projetos de vida. Como resultados, segundo a percepção de Heremita, aparecem o retorno da autoconfiança e o controle dos impulsos, e, em Hortência a identificação de um equilíbrio em Heremita, originado pelo ajuste medicamentoso, pelo aumento da capacidade de enfrentamento dos sintomas positivos da esquizofrenia e por maior conscientização da doença, representada em sua sensibilidade ao pedir ajuda nos momentos de crise, possibilitando a prevenção de outra internação. O resgate da capacidade criativa e do ânimo, ou seja, da diminuição da apatia, gerou a concretização da horta e o planejamento de metas futuras. A articulação da rede foi um fator indicado por Hortência como essencial na manutenção dos resultados alcançados. Em relação à família, ambos, tanto a at como o acompanhado, perceberam a não obtenção de colaboração e de resultados satisfatórios.

### **3.1.5 Apresentação do caso Adonís**

Adonís 23 anos, sexo masculino, solteiro, ensino médio incompleto, desempregado na época. Chegou ao AT por intermédio de um parente que fez contato com a coordenadora do grupo Essência. A queixa principal do paciente e familiares era o uso compulsivo de substância psicoativa. Usuário de cocaína e álcool há 12 anos, não aderiu a nenhum tratamento. Fazia uso da droga semanalmente; perdeu o emprego, inúmeros bens e passou por três tentativas de tratamento ao longo dos anos. Aos 13 anos participou de algumas reuniões junto a grupos de auto-ajuda, Amor exigente e narcóticos anônimos (NA). Aos 22 anos foi internado em clínica especializada para dependentes químicos, e fugiu após 28 dias. Aos 23 anos passou por outra internação em clínica especializada para dependentes químicos, e fugiu após 12 dias.

Adonís vivenciava além da debilidade física, um processo de exclusão do convívio social e familiar gerando grande prejuízo pessoal. Naquele momento afirmou ter consciência dos danos e grau de dependência que vivenciava. Inicialmente foi realizado o contato na residência com os familiares. Posteriormente foi realizada a avaliação e coletas de dados dos fatores relevantes que indicariam ou não o trabalho de AT e a estruturação de um projeto individual.

Após o contrato verbal e termo de compromisso, o objetivo inicial dirigiu-se para a construção de um vínculo satisfatório com o paciente e familiares. A vinculação inicial permitiu a articulação da rede de apoio, com a ida ao psiquiatra para intervenção farmacológica e discussão do quadro clínico apresentado por Adonís. Posteriormente, deu-se continuidade à elaboração da seqüência de intervenções com participação ativa dos profissionais, paciente e familiares. A elaboração do projeto centrou-se na intervenção no cotidiano do paciente e família, levando em conta suas necessidades, sua história e a cultura familiar que colaborava para a manutenção da dependência.

### **Intervenções realizadas**

Na tentativa de promover a reabilitação biopsicossocial de Adonís, as seguintes propostas foram possíveis: articulação da rede de apoio, agendamento de reuniões junto aos familiares; acompanhamento ao médico psiquiatra para discussão da evolução do caso; visita a instituição religiosa; interação com moradores da comunidade e adesão ao tratamento.

Inicialmente o acompanhamento estruturou-se em três encontros semanais, visando auxiliar a abstinência através da escuta dos conteúdos emergentes. Este período foi marcado pela mobilização terapêutica para a participação ativa do paciente e familiares no processo de abstinência. Como técnica de intervenção foi agendada o encontro com todos os familiares, e desenvolvido um material com linguagem simples com o objetivo de esclarecer dúvidas, mitos e crenças sobre as drogas. O folheto foi distribuído logo no início do encontro possibilitando a criação de um espaço de diálogo e reflexão.

Durante os episódios de recaída o acompanhamento centrou-se na assistência e acolhimento a família e a Adonís, buscando identificar e trabalhar os aspectos da dinâmica familiar que contribuíam para o rompimento da abstinência.

Um dos focos ressaltados nestes momentos foi à importância da tolerância a frustração, e as pontuações sobre a evolução do caso. Estas intervenções foram se constituindo na criação de um espaço acolhedor para as angústias existenciais de Adonís.

Os acompanhamentos foram desenvolvidos na própria residência por desejo do paciente, o qual iniciou uma busca da própria identidade. Os trabalhos tinham um caráter lúdico e direcionavam - se na busca dos desejos e no resgate da subjetividade. Os encontros foram permeados de atividades para o resgate de si mesmo. Foi elaborado um painel de fotos que Adonís alterava semanalmente estabelecendo uma comunicação de seus sentimentos, além da confecção de pipas e leitura de trechos de livros e músicas, sempre prevalecendo à escolha do paciente. Durante os encontros foram trabalhados os fatores de risco e proteção valorizando positivamente a parcela de participação da família. Após a consolidação desta primeira etapa iniciou-se a utilização dos espaços públicos e privados enquanto recurso ressocializador.

As saídas enfocaram os lugares sugeridos por Adonís, neste momento houve a necessidade da criação de um espaço de diálogo e reflexão, discussão dos acontecimentos e lembranças; verbalização de momentos vivenciados e grande ansiedade. Paralelo a este trabalho intercalou-se atividades de lazer, como idas ao cinema com discussão e reflexão do filme assistido e incentivo da busca de construção de novos laços afetivos.

Após cinco meses de trabalho, a busca de novas amizades e atividades desencadeou em Adonís a vontade de retornar à igreja. Com a visita de um amigo de infância o desejo se concretizou, além disso, iniciou natação e academia.

Com a manutenção da abstinência por 10 meses, a notícia do câncer e a restrição de tempo de vida da mãe desencadearam forte alteração no humor despertando o desejo incontrolável de “sair”. Nestes episódios de recaída Adonís não rompia o vínculo e adesão ao tratamento, procurava ajuda e apoio no acompanhamento.

Após o falecimento de sua mãe, Adonís se uniu ao irmão, porém a angústia em determinados momentos tornou-se intolerável e as recaídas constantes, neste momento optou-se pela internação, visando interromper a busca do preenchimento da falta da mãe através da ingestão da droga. Hortência tem tido notícias de Adonís pelos familiares e o próximo encontro será no horário de visita da Instituição.

### 3.1.6 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Adonís

A categorização dos dados da entrevista de Adonís foi subdividida em dois quadros: quadro 4A- dados referentes às vivências do paciente relacionadas ao processo de AT e identificação das funções exercidas; quadro 4B - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 4A - Vivências de Adonís em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria I</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências iniciais no trabalho de AT	Constrangimento	No início é meio complicado porque você não tem, assim, um relacionamento, não tem uma intimidade.
Vivências atuais	Acolhimento, Direção, <b>Funções: Continência, auxílio na reflexão, mediador do pensamento</b>	Cada tempo que passa é melhor tem uma pessoa que você pode contar e ela tá sempre mostrando os riscos que às vezes você fala que sabe, mas não enxerga.
	Apoio / Alicerce <b>Funções: Constância do objeto/ Continência/ Acolhimento nas recaídas/ fortalecimento egóico</b>	Um apoio né, um, como se diz é um alicerce que está sempre ali pra te alertar. Ela é uma pessoa que tá ali pro que der e vier, né. Igual, eu já tive, cheguei a ter recaída. Pelo contrário de muitas pessoas que vem até da família, vem e te joga pro chão, ela com certeza veio, conseguia me pôr pra cima, eu me sentia assim, mais forte.
	Compreensão /Entendimento <b>Funções: Escuta/Direção/Orientação</b>	Eu não vejo o dia, a hora de chegar o dia de eu estar conversando, porque tem muitas coisas que você quer conversar e falar, mas se você for falar pra qualquer pessoa, ela não vai escutar. Ela vai saber o jeito de “ta” falando, por exemplo, não é assim que é pra fazer, mas ela vai tá sabendo conversar e chegar na resposta, num lugar para ir certo
	Alívio - Saída de carro para aliviar a angústia da abstinência <b>Função: catalizador das angústias</b>	já aconteceu de chegar em situações de ela pegar o carro e “tar” me levando na clínica, assim, e “tar” esclarecendo, desabafando, passando aquela raiva na hora, no começo quando você fica naquela...Abstinência, né.
	Continuidade /Aderência <b>Função: facilitador da aderência ao tratamento</b>	Cheguei a freqüentar já N.A., já fiquei internado, mas nunca foi, assim, foi no máximo quinze dias eu saf; N.A. freqüentei uma, duas vezes, não continuei e o AT tá sendo, já vai pra oito meses.
	Entrar no lugar do paciente <i>Setting</i> diferenciado Percepção da dinâmica da família / <b>Função: mediador dos conflitos familiares</b>	Dela tá vindo em casa, isso faz uma diferença muito grande, porque no começo, principalmente, se for para pegar e ir no psicólogo, “cê” não vai. E também eu acho uma coisa, o AT que vem em casa, percebe um pouco da dinâmica da família, né. Que às vezes enfraquece o adicto.
	Lazer/ <b>Função: agente promotor de outras formas de prazer</b> Integração com o psiquiatra <b>Função: articulador da rede</b>	Que mais, a gente chegou até a ir em cinema junto, foi um passeio muito gostoso, a gente sai pouco, né, ela tem me acompanhado no psiquiatra, ela dá a opinião dela também.
Vivências da família em relação ao trabalho de AT segundo a percepção de Adonís	Início – Descredibilidade Felicidade – aderência de Adonís <b>Função: continente dos conteúdos familiares</b>	Éé, eu aceitei não aceitando, na verdade, porque eu pensei assim, começava, nunca continuava; é, todo mundo torceu, torceu, aí depois que viu que engrenou e ficou firme, aí essa vez foi felicidade, mas no começo foi um pouco, tipo assim, interferir em uma situação que pra eles, tipo, vai ser mais um que vai começar, semana que vem não vai fazer mais, e pelo contrário (risos), ficou.

Adonís, no início da relação com a at, sente-se constrangido pela falta de intimidade. A vivência de distanciamento do objeto parece ser catalisadora de intensa angústia. A continência e a presença constante da at parecem ter sido a base para a construção de uma relação capaz de auxiliar o direcionamento dos impulsos intensos vivenciados por Adonís, gerando a identificação de um objeto de referencia, capaz de presentificar em Adonís, a experiência de conforto e apoio. Mauer e Resnizky (1987) referem que o primeiro desafio no trabalho com o adicto é acompanhar um paciente que não se reconhece enfermo, o que exige do at uma disposição especial para trabalhar o processo de conscientização. Mauer e Resnizky (1987) afirmam que o at atua emprestando seu ego como um alimento alternativo à droga. Após a consolidação da at como objeto bom, capaz de gerar diminuição na intensidade das tensões vivenciadas por Adonís, a capacidade de iniciar o processo de pensar e refletir torna-se atuante nos encontros e passa a ser o instrumento de contenção dos impulsos autodestrutivos de Adonís. Apesar do desejo em relação à droga e as recaídas durante o processo, a presença e certeza de um objeto (at), representante de acolhimento, permitiu o retorno à abstinência e novamente a ativação do processo de pensar. Após a incorporação da at como representante de conforto e alívio, pôde-se inserir no AT a função de mediador do pensamento, fonte de equilíbrio momentâneo, até a consolidação do fortalecimento dos próprios recursos de Adonís. As saídas de carro nos momentos de intenso desejo pelo objeto (droga) aliviavam a angústia de Adonís e proporcionava a busca de nova direção, função identificada diversas vezes por Adonís no seu discurso sobre o trabalho de AT, trabalho representante de direcionamento. Neste momento, ocorre o que Mauer e Resnizky (1987) consideram fundamental no processo de tratamento do adicto; a onipotência já não é tão necessária, e inicia-se o desnudar da negação em torno da fantasia de superação total; os limites da vida começam a ser enfrentados e a impulsividade é amenizada pela possibilidade de postergação da gratificação de prazer. A mudança do *setting* terapêutico, ir ao encontro de Adonís, levá-lo ao psiquiatra, foi um diferencial importante para sua aderência ao tratamento. Lancetti (2006, p. 22), ao referir a dificuldade de aderência de algumas patologias ao tratamento, incluindo os adictos, retoma a função de amizade no AT, função típica de uma ligação estreita na relação terapêutica, capaz de diminuir a tensão do encontro terapêutico (encontro consigo mesmo). “Muitos desses pacientes só se tratam porque depois de estabelecido algum encontro, algum confronto, alguma forma concreta e forte de afecção, vão considerando o acompanhante um amigo”. Nos relatos de Adonís, revela-se também que o *setting* do trabalho do AT permitiu uma ampliação do olhar terapêutico, estendendo – o às relações familiares, o que permitiu à mediação dos conflitos familiares. O descrédito inicial da



família em relação ao trabalho do AT estava vinculado às inúmeras desistências de Adonís nos tratamentos anteriores, o que se modificou com a consolidação e a manutenção do trabalho de acompanhamento terapêutico. Palombini (2006) afirma que o AT, em geral, permite uma aproximação extremamente rica com usuários que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento.

**Quadro 4B - Vivências de Adonís quanto aos resultados obtidos**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Disciplina/Força Busca de outros objetivos (emprego) <b>Função: agente promotor das capacidades egóicas</b>	Disciplina, me sinto melhor até fisicamente Mais forte para procurar outro emprego.
Resultados obtidos em relação à família	Disciplina, melhora dos conflitos <b>Função: Orientador, mediador dos conflitos familiares</b>	Melhorou os familiares, é agente vê que depois que começou a, é o que eu to falando, né, a minha disciplina mudou, daí muda tudo com a família

Os resultados identificados por Adonís apontaram para o fortalecimento das capacidades egóicas, a retomada de projetos de vida, bem como, para a aquisição de disciplina e maior estabilidade nas relações familiares. Estelita-Lins et al. (2009) vêem o AT como suporte e continência, na medida em que busca interagir com estressores psicossociais e com recursos resilientes do paciente. Além disso, afirmam que sua atuação caracteriza-se por intervenções envolvendo comunicação e saúde, prevenção, promoção de saúde e ações psicoeducativas, viabilizando aos envolvidos (paciente e família) melhor compreensão de sua própria experiência de sofrimento psíquico, suporte social e familiar mais robusto e racionalmente integrado, além de maior adesão ao tratamento.

A categorização dos dados da entrevista com a acompanhante terapêutica Hortência, especificamente no que se refere aos dados do paciente Adonís foi subdividida em dois quadros: quadro 4C - dados referentes às vivências da at Hortência relacionadas ao processo de AT de Adonís e a identificação das funções do at; quadro 4D - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 4C - Vivências da at Hortência em relação ao processo de AT de Adonís e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências	Companheirismo - Intensidade na relação/ caminhar junto com o paciente <b>Função: reconstrutor de objetivos e metas / articulador da rede</b> Tensão – manutenção da abstinência/ <b>Função: continente das angústias</b>	Após efetivar o contrato nós estabelecemos juntos, sempre juntos, algumas metas; a primeira foi dar início a articulação da rede., nós buscamos ajuda de psiquiatra pra avaliar a necessidade do uso de medicamento, demos início a desintoxicação na própria residência, esse foi um dos momentos mais difíceis; após um mês de abstinência nós iniciamos as saídas.
	Luta - Aderência da família no processo de abstinência total <b>Função: orientação familiar</b>	O mais difícil foi a colaboração de alguns membros da família no processo de abstinência total; eles não reconhecem a dependência química como doença, e o quanto o álcool é um disparador para recaída. Então esse é um dos pontos que fica até hoje, a luta é muito grande e quase que diária né risos, que nós retomamos sempre esse assunto a cada fim de semana, a cada festinha, a cada encontro.
	Resistência - encaminhamento Falta de aderência ao encaminhamento para atendimento à família	Outra coisa, a criação da rede foi negada, eles não aceitam outro profissional, no máximo o psiquiatra, interagir com o grupo ou com outros profissionais pra dar suporte familiar eles não aceitaram o terapeuta familiar.

As vivências da at Hortência no processo de AT de Adonís foram permeadas por uma relação intensa, pautada no caminhar conjunto para a elaboração dos planos e projetos durante o trabalho. Silva e Silva (2006) relatam a diferenciação de programa e estratégia de intervenção no trabalho de AT, afirmando que, enquanto programa é uma seqüência de atos decididos a priori e sem a participação da dupla acompanhante-acompanhado, a estratégia é um cenário de ação que pode se modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Hortência pautou o acompanhamento na estratégia, vista que a elaboração dos planos foi desenvolvida com a participação do acompanhado, estando sujeito a modificações no decorrer do processo. A tentativa de manutenção da abstinência foi experimentada por momentos de tensão, inclusive pela dificuldade de compreensão da família em relação à importância da abstinência do álcool para o processo de tratamento de Adonís. A relação construída pela dupla acompanhante-acompanhado possibilitou a concretização de saídas de lazer, bem como as idas ao psiquiatra, tecendo o fio condutor para a construção da rede de tratamento, formada pela at, paciente, psiquiatra e família. Segundo Hermann (2005), freqüentemente, é o acompanhante que medeia à comunicação entre os profissionais que compõem a rede de tratamento, funcionando como um articulador. Muitas vezes o projeto clínico do AT é formar uma rede de tratamento

que opere de modo singular com o acompanhado, estando, no caso de Adonís, composta por acompanhante, psiquiatra, familiares e grupo de amigos.

**Quadro 4D - Vivências da at Hortência quanto aos resultados do processo de AT de Adonís**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Aderência Articulação da rede Reinserção social <b>Funções: cuidado, auxiliador da aderência, articulador da rede, promotor de reinserção social</b>	Nós conseguimos através do vínculo transferencial permitir que a at assumisse o papel materno e paterno em algumas situações, foi muito bacana. E a adesão ao tratamento; ele aderiu ao tratamento, foi possível se articular a rede né, psiquiatra, a psicóloga e a inserção dele em novos grupos de amigos.
	Busca de espiritualidade <b>Função: resgate social</b>	Começou a freqüentar, por opção dele, uma religião; e nesta religião ele encontrou um grupo de amigos, de pessoas da idade dele, isso foi muito bacana como um modelo identificatório de uma nova possibilidade né.
Resultados com a família	Início da conscientização da patologia <b>Função: orientador da família</b>	Sempre a família estimulou o uso do álcool. É um dos pontos que fica até hoje, a luta é muito grande e quase que diária né risos, que nós retomamos sempre esse assunto a cada fim de semana, a cada festinha, a cada encontro.

Os resultados descritos pela at Hortência no processo de AT de Adonís apontam para a possibilidade de aderência ao tratamento, fator anteriormente inexistente em outros tratamentos realizados pelo paciente; articulação da rede de tratamento composta pela participação dos familiares e psiquiatra, além da identificação do paciente a um grupo de amigos não adeptos ao uso de drogas. Outro resultado importante foi à busca de Adonís por fortalecimento espiritual, o que permitiu o processo identificatório com outro grupo social. Yagiu (2006) afirma que um dos projetos do trabalho de AT é auxiliar o paciente a sair do estado de apatia, de desesperança, dando lugar ao desenvolvimento da capacidade de criar, de recuperar seus aspectos pessoais, da capacidade de cuidar de si mesmo e de realizar escolhas. No que diz respeito à família, inicia-se o processo de conscientização da patologia de Adonís, alterando a função de co-dependência para a de auxiliares do tratamento. Azevedo e Dimenstein (2008) apontam que o at pode servir de modelo de identificação para a família, auxiliando no manejo de condutas mais adequadas.

A categorização dos dados da entrevista da mãe de Adonís (Esperança) foi subdividida em dois quadros: quadro 4E - dados referentes às vivências de Esperança, mãe de

Adonís, relacionadas ao processo de AT de Adonís e a identificação das funções do at; quadro 4F - resultados do processo de AT.

**Quadro 4E - Vivências da mãe de Adonís, Esperança, em relação ao processo de AT de Adonís e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências	Tranquilidade / segurança Psicólogo que vai ao encontro do paciente, em seu ambiente/ <b>Função: facilitador do encontro</b>	Eu entendo assim, AT, de ir na casa, não né, é? Eu entendo assim, que a Hortência, pra mim foi uma benção, né. (Risos)
	Conhecimento parcial Atividades na casa/ <b>Função: terapêutica</b>	Eu não sei o que que eles fazem. Mas ela leva bastante coisa pra ele fazer lá em casa.
	Acolhimento/Segurança Saídas nos momentos de intensa angústia/ <b>Função: continente das angústias</b>	Um dia ele tava bem mal, ela levou, saiu, foi até Lins com ele. Pela estrada. Porque ele queria sair, que ele tava lembrando, tava esquecendo do mundo, tudo isso ela já fez.
	Felicidade/Satisfação <b>Função: resgate da vida</b>	Eu reagi bem com ela no começo, porque eu tava na base do desespero, e até agora eu me sinto bem. Eu fico feliz porque o Adonís não queria nada e por intermédio da Hortência, graças a Deus, ele já está aí, fazendo né. Tá bonito, né, saudável.
	Acolhimento - para mãe no momento de recaída de Adonís/ <b>Função: catalizador das angústias da família</b>	Um dia que ele tava sumido, quando ele chegou a Hortência tava lá (em casa), né. Ela esperou ele, ela ficou comigo, sabe, me dando força até ele chegar.
	Aceitação - Atendimento no ambiente do paciente <b>Função: agente facilitador da aderência ao tratamento</b>	Porque ele não aceitava tratamento nenhum, né, eu acho que agora com o AT ele aceita o tratamento, né, dela ir em casa, tudo. Eu acho que se fosse pra fora, ele não “taria” fazendo tratamento.
	Expectativa - Espera para chegar o dia do atendimento	Quando é o dia da Hortência, ele fala: “Ô mãe, é dia da Hortência!”. Daí ele levanta, ele arrumar os sofás dele ele faz questão do quarto “tar” impecável, sabe.

As vivências de Esperança, mãe de Adonís, no início do processo de AT, apontam para a identificação do at como alguém que veio socorrer, num momento de grande desespero. A possibilidade de Adonís aderir ao tratamento através do trabalho de AT renovou as esperanças de sua mãe, que se refere ao AT como um ponto de segurança e apoio para os momentos de intensa angústia, renovando as forças necessárias para o enfrentamento da patologia. Peixeiro (2006) afirma que o acesso ao conjunto familiar é enormemente facilitado pelas condições de circulação do at pelo universo do paciente, mesmo que as intervenções não incidam diretamente sobre a família, pois incidirão indiretamente, a partir do deslocamento de posição na dinâmica familiar, que acaba por provocar modificações na estrutura cristalizada da família. Esperança refere-se ao at como o psicólogo que vai a casa; associa esta

característica do trabalho como primordial para a aderência ao tratamento manifestada por Adonís, que segundo ela, esperava ansiosamente a presença da at em seu ambiente domiciliar.

**Quadro 4F - Vivências da mãe de Adonís, Esperança, quanto aos resultados do processo de AT de Adonís**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Apoio/Auxílio no controle do uso/ <b>Função: reintegração</b>	Ajudou, porque eu sozinha não estava conseguindo controlar e agora ela controla. Era difícil, porque eu vivia sempre correndo atrás dele, ele ia num lugar, eu ia no outro.
	Melhora na relação <b>Função: mediador dos conflitos familiares</b>	Quando ele vinha para casa mal, eu nunca maltratei ele, sempre dei, às vezes eu catava dinheiro que não tinha, emprestava, até ir na boca pagar eu fui, quando eu não tinha condições de ir, que ele não dava o endereço, eu pagava para outros ir. Agora a relação nossa é boa. Ele respondia muito pra mim, e agora depois que ele começou esse trabalho ele quase não responde.
	Melhora da comunicação/Melhora na relação com o irmão/ <b>Função: promotor de mudanças</b>	Porque, não sei se ele conversou com você do irmão, ele tem muito complexo mesmo, mas agora devagarzinho, eu acho que a Hortência tá trabalhando nisso também, porque ele tá aceitando bem, eles convivem, tão convivendo bem. Antes eles brigavam.
	Mudança de amigos <b>Função: resgate das potencialidades</b>	Ele não sai mesmo, ele tá indo, ele tá saindo agora e vai pra igreja, mas é outra turma.
	Conscientização para a abstinência do álcool <b>Função: modelo de identificação – família</b>	O álcool, a gente entende, pro dependente é como um gatilho pra usar a droga.

Os resultados identificados por Esperança, mãe de Adonís, apontam para: apoio e auxílio no controle da abstinência; mudança nas relações familiares, tanto com a genitora, como com o irmão através da mudança na forma de comunicação e controle dos impulsos; mudança do grupo social, amigos não adeptos ao uso de drogas; e conscientização da família a respeito da importância da abstinência total de Adonís, através do reconhecimento do álcool como gatilho para o uso de outras substâncias psicoativas. Mauer e Resnizky (1987) ao descreverem as funções do processo do AT no acompanhamento do adicto afirmam que é de fundamental importância incluir o “NÃO” na vida do paciente, instrumentar com o paciente uma ideologia de vida sem droga, e acompanhar o paciente na busca de projetos vitais. Kalina et al. (1999) assinalam a existência, em muitas famílias de adictos, de uma modalidade aditiva, onde um ou mais membros costumam ser adictos, ou do álcool, ou do trabalho, da comida, do jogo, e, até de diferentes medicamentos. Sendo assim, a adicção está presente como modalidade relacional na família, o que torna importante a inclusão desta no tratamento.

**Quadro 4G - Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Adonís**

Conteúdos das vivências de Adonís	Conteúdos das vivências da at Hortência	Conteúdos das vivências da mãe de Adonís (Esperança)	Conteúdos dos resultados segundo a percepção de Adonís	Conteúdos dos resultados segundo a percepção da at Hortência	Conteúdos dos resultados segundo a percepção da mãe de Adonís (Esperança)
Constrangimento	Companheirismo - Intensidade na relação/ caminhar junto com o paciente/ <b>Função: reconstrutor de objetivos e metas / articulador da rede</b> Tensão: manutenção da abstinência/ <b>Função: continente das angústias</b>	Tranquilidade / segurança - Psicólogo que vai ao encontro do paciente, em seu ambiente <b>Função: facilitador do encontro</b>	Disciplina/Força/ Busca de outros objetivos (emprego) <b>Função: agente promotor das capacidades egóicas</b>	Aderência Articulação da rede / Reinserção social <b>Funções: cuidado, auxiliar da aderência, articulador da rede, promotor de reinserção social</b>	Apoio Auxílio no controle do uso <b>Função: reintegração</b>
Acolhimento, Direção/ <b>Funções: Continência, auxílio na reflexão, mediador do pensamento</b>	Luta - Aderência da família no processo de abstinência total <b>Função: orientação familiar</b>	Conhecimento parcial/Atividades na casa <b>Função: terapêutica</b>	Disciplina, melhora dos conflitos <b>Função: Orientador, mediador dos conflitos familiares</b>	Busca de espiritualidade <b>Função: resgate social</b>	Melhora na relação <b>Função: mediador dos conflitos familiares</b>
Apoio / Alicerce <b>Funções: Constância do objeto/ Continência/ Acolhimento nas recaídas/ fortalecimento egóico</b>	Resistência - encaminhamento Falta de aderência ao encaminhamento para atendimento à família	Acolhimento/Segurança Saídas nos momentos de intensa angústia <b>Função: continente das angústias</b>		Família Início da conscientização da patologia <b>Função: orientador da família</b>	Melhora da comunicação Melhora na relação com o irmão <b>Função: promotor de mudanças relacionais</b>
Compreensão /Entendimento <b>Funções: Escuta/Direção/Orientação</b>		Felicidade/Satisfação <b>Função: resgate da vida</b>			Mudança de amigos <b>Função: resgate das potencialidades</b>
Alívio - Saída de carro para aliviar a angústia da abstinência <b>Função: catalizador das angústias</b>		Acolhimento - para mãe no momento de recaída de Adonís <b>Função: catalizador das angústias da família</b>			Conscientização para a abstinência do álcool <b>Função: modelo de identificação - família</b>
Continuidade /Aderência <b>Função: facilitador da aderência ao tratamento</b>		Aceitação - Atendimento no ambiente do paciente <b>Função: agente facilitador da aderência ao tratamento</b>			
Lazer Função: agente promotor de outras formas de prazer Integração com o psiquiatra <b>Função: articulador da rede</b>		Expectativa - Espera para chegar o dia do atendimento			
Família: Início - Descredibilidade Felicidade - aderência de Adonís <b>Função: continente dos conteúdos familiares</b>					

Os dados comparativos em relação às vivências relatadas por Adonís, e sua mãe, Esperança, apontam para a mudança de *setting* terapêutico (entrada no ambiente do paciente) como fator facilitador do processo de aderência ao tratamento, além de ampliar a compreensão dos conteúdos conflitivos familiares. Tanto Adonís, como Esperança e Hortência, experimentaram o trabalho como um espaço de acolhimento e continência das angústias, além da escuta, direção e orientação. No que diz respeito aos resultados, os três participantes do processo de AT, paciente, at e mãe do paciente, revelaram ter percebido mudanças em relação à forma de enfrentamento dos impulsos por parte do paciente, mudanças nas relações familiares, bem como, transformação do grupo social de amigos. Hortência (at) e Esperança (mãe) manifestaram a mudança de percepção da família em relação à importância da abstinência total de Adonís para sua recuperação. Hortência ainda manifesta que, com a aderência de Adonís ao tratamento, foi possível a articulação da rede de tratamento, bem como, o início da ressocialização.

### **3.1.7 Apresentação do caso Apolo**

Apolo, 40 anos, casado pela segunda vez, na época, há cinco anos. Seu histórico mostrou dificuldades nos relacionamentos interpessoais desde a adolescência, quando teve seu primeiro contato com drogas aos 14 anos. Completou em oito anos seu curso universitário em odontologia ao qual exerce atualmente, dentro de um contexto de oscilações emocionais devido às recidivas acerca de sua patologia. Apolo é usuário de drogas desde a adolescência, fazendo uso de crack, passou por diversas internações. O paciente tinha em seu histórico quadro de depressão importante com ideações suicidas. A demanda do paciente se mostrou complexa e o planejamento terapêutico no AT teve como objetivo inicial abarcar os conteúdos regressivos, como, impulsividade, intolerância à frustração, fragilidade nas relações interpessoais no intuito de auxiliá-lo essencialmente a sustentar a abstinência das drogas. O ponto principal dos acompanhamentos, em suma, foi pautado na prevenção de recaídas. Os atendimentos foram iniciados durante o período de internação do paciente no Hospital Psiquiátrico Benedita Fernandes na cidade de Araçatuba, por pedido de sua esposa que teve contato com o trabalho do AT no horário de visita através do atendimento de outra paciente hospitalizada. No primeiro atendimento realizado no hospital foi firmado o contrato e as explicações do funcionamento do trabalho. Apolo se envolveu com drogas ainda menino, sua primeira experiência foi com cola de sapateiro, depois passou gradualmente a se envolver

com maconha, cocaína, chá de cogumelo até chegar ao crack. Relatou que conseguiu com muita luta se formar em odontologia, chegando até a montar consultório, que lhe deu retornos até sua atual recaída. Conseguiu ficar abstinente por seis anos. Nesse tempo conheceu sua atual esposa (2ª esposa), se formou, montou consultório, se converteu e dava testemunhos de sua luta nas igrejas evangélicas.

### **História de vida**

Apolo foi criado com muita rigidez, é de família legitimamente japonesa e seu pai o mantinha sob regime militar. Foi criado em internatos e nunca teve muitas escolhas, se mantinha submisso a esse cenário repressor sem questionar. Apanhava muito de seu pai quando foi descoberto o uso que fazia das drogas. O relacionamento com sua mãe era bom, segundo ele ela era amorosa e lhe compreendia, não concordando com as atitudes do pai. A mãe lhe visitava sempre no colégio interno no qual o pai era diretor. Apolo tinha uma irmã mais velha que era a menina dos olhos do pai, o orgulho da família e o maior conflito de Apolo, seu pai sempre lhe comparava com ela. Sua irmã se formou em medicina e nunca dava trabalho, era bem resolvida aos olhos do pai.

O pai pressionava Apolo a prestar medicina, pois valorizava muito os títulos. Apolo tentou argumentar que não era o que queria, e que seu desejo era ser dentista. O pai não lhe apoiava. Apolo chegou a prestar medicina em diversas Universidades Federais para provar ao pai que era capaz, pois não suportava mais as comparações com a irmã, sempre passava, mas nunca exerceu. Casou-se, teve dois filhos, foi cinco vezes para o Japão, tentar a vida, mas nunca conseguiu se realizar em alguma profissão até resolver fazer o curso de odontologia. Já estava separado de sua primeira esposa quando iniciou o curso e também já passara por inúmeras crises depressivas seguidas de tentativas de suicídio. Neste período, Apolo se separou da esposa, perdeu sua mãe, que segundo a família, sofreu um AVC. Para Apolo foi uma difícil perda, pois adorava a mãe.

A pressão e críticas do pai continuava para que se posicionasse na vida. Após a morte da mãe, Apolo se aproximou mais do pai que acabou lhe ajudando a custear o curso de odontologia. Apolo conheceu sua esposa durante o curso de odontologia no coral da igreja, namoraram e se casaram. O pai já velho e debilitado foi morar com eles. Após se formar,



montou o consultório com a ajuda do pai e da irmã que é bem sucedida. Mas, no entanto as pressões continuavam, pois seu pai era muito sistemático, não respeitava a vida pessoal do casal, criticava a esposa de Apolo e tratava-a com preconceito, pois era negra e este fato incomodava a família de Apolo. Sua esposa trabalhava junto com o marido no consultório como secretária e instrumentadora, dava conta da casa e ainda cuidava de seu pai. As coisas foram ficando tensas entre o casal com a chegada de um dos filhos de Apolo para morar e estudar com eles. O menino não respeitava a esposa do pai tratando-a como empregada, assim como o avô.

Em meio a este cenário tenso, Apolo foi recaindo gradativamente. A gota d'água foi à descoberta de Apolo sobre a verdadeira causa da morte da mãe. Descobriu que ela suicidou-se por não agüentar mais as traições do pai. Entregou-se literalmente ao mundo das drogas, experimentou crack, perdeu muito dinheiro, brigou com a esposa colocou-a para fora de casa, seu filho foi embora, sua irmã buscou o pai, levou computador, carro, trocou as fechaduras da porta para que Apolo não voltasse, enfim sua vida estava um caos. Foi internado para abstinência e após a alta iniciou-se o trabalho de AT duas vezes por semana.

Os objetivos do trabalho centraram-se na manutenção da abstinência, retorno ao trabalho, busca de resignificação da história de vida, trabalho terapêutico focado nos conteúdos depressivos e suicidas e o resgate da relação conjugal.

Em relação à manutenção da abstinência, iniciou-se a articulação da rede de saúde, sendo a primeira atividade direcionada para o acompanhamento no psiquiatra, visando à discussão dos aspectos psíquicos envolvidos na dependência química de Apolo. Constantemente, durante o acompanhamento, a esposa de Apolo necessitava se comunicar por telefone desejando orientações sobre como lidar com as angústias vivenciadas por Apolo e o desejo de consumir a droga. Os atendimentos na casa centraram-se na busca de reconhecer o significado da dependência em substâncias psicoativas, para tal, foi realizada a análise do histórico de vida, o que levou a reflexões sobre seus relacionamentos interpessoais e a angústia gerada por conflitos infantis.

Nas atividades terapêuticas realizadas na casa também foi trabalhado a relação de co-dependência vivenciada com a esposa e a manutenção do ciclo patológico vivenciado nesta relação. Outro fator importante que aparecia no discurso de Apolo era uma euforia abrupta, que o impedia de pensar, refletir sobre os riscos e consequências de suas atuações

impulsivas. Tais episódios antecederiam momentos de intensa depressão, os quais Apolo permanecia trancado no quarto, nestes momentos a at teve como função ajudá-lo a sair e procurar ajuda. Retornávamos ao psiquiatra para revisão da medicação e outras orientações, inclusive sobre o risco de suicídio.

Em relação ao retorno para o trabalho Apolo mostrou-se ansioso, e os acompanhamentos com este objetivo centraram-se em auxiliar Apolo e sua esposa, parceira de trabalho, a encontrarem um equilíbrio na relação profissional que não interferisse prejudicialmente no rendimento do trabalho.

Durante seis meses Apolo manteve-se abstinente, porém após a segunda recaída, no oitavo mês de acompanhamento, foi orientado a iniciar um trabalho terapêutico em clínica de recuperação. Como Apolo recusou-se a internar e a acompanhante começou a ficar exposta pelos riscos que o paciente corria, foi dada continuidade aos atendimentos na clínica visando auxiliar Apolo e sua esposa a buscar tratamento intensivo devido ao grau de dependência do paciente, e as consequências aniquiladoras de sua recaída. O trabalho clínico durou algumas sessões seguidas de muitas faltas e não aderência ao tratamento clínico.

### **3.1.8 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Apolo**

A categorização dos dados da entrevista de Apolo foi subdividida em dois quadros: quadro 5A- dados referentes às vivências do paciente relacionadas ao processo de AT e identificação das funções exercidas; quadro 5B - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 5A - Vivências de Apolo em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências no trabalho de AT	Contentamento- foi “legal” Conforto- Mudança do <i>setting</i> (ir à casa) – , maior vinculação <b>Função: facilitador do encontro terapêutico</b> Ajuda – relação com esposa <b>Função: mediador das relações familiares</b>	Ah, eu achei muito legal, eu não conhecia o Acompanhante Terapêutico, que vem na própria casa da gente, né. Além do conforto, né, de poder estar sendo atendido dentro de casa, tinha um vínculo maior, assim, a gente podia qualquer hora ligar no celular dela, se tivesse aquela fissura, vontade de usar, podia ligar.  Ela sempre está nos ajudando também a manter o meu relacionamento com a minha esposa, né, considerando que a gente tem as nossas brigas.
	Segurança/Amparo Constância na relação Gratidão/Desmistificação da droga <b>Função: continência e orientação</b>	Mais seguro, porque é claro eu tenho minha esposa que convive dia e noite comigo, mas fora isso ter uma profissional que nos ampara, assim. Dá vontade de usar, eu procuro reprimir tudo conversando com a minha esposa, se precisar do auxílio da doutora Flor de Campo, e daí eu até já perguntei se podia ficar só na maconha, por exemplo, mas ela me falou que o grupo Essência inclusive, é contra isso. O sentimento é de muita gratidão Na crise de abstinência, a gente só lembra do prazer, por isso que ela trabalha assim, sempre tentando lembrar as partes desastrosas e as conseqüências que a droga trás.
	Prazer / relaxamento - Atendimento na residência / Lazer – parque <b>Função: resgate de prazer</b>	Ahh, ela vai em casa, já nos levou pro parque do Bagaçu, foi muito gostoso, fizemos piquenique lá, levamos refrigerante, umas coisas pra comer, eu levei o violão eu e minha esposa cantamos louvores, né.
	Suporte <b>Função: Articulador da rede de tratamento</b>	quando eu saí da Benedita Fernandes, ela me levou pro psiquiatra, me levou na Saúde Mental pra pegar os remédios, ela sempre tem nos dado suporte.
Experiências e sentimentos da família em relação ao trabalho de AT segundo a percepção do paciente	Neutralidade	Eu contei pro meu pai sobre o AT ou seja, minha irmã tá sabendo também, porque tudo tá na carta, minha irmã ajuda a ler, meu pai não enxerga muito bem, não veio nem um tipo de comentário, nem elogiando, nem contrariando.
	Confiança <b>Função: continência</b>	Minha esposa tá super feliz também, ela teve muitas frustrações, assim, com psicólogos, uma psicóloga era amiga dela, deu em cima de mim, aí depois teve outra psicóloga evangélica que a gente fazia, que chegou a propor separação pra gente. Daí, depois que conheceu a Flor de Campo, ela fala assim que ela confia nela de olhos fechados.

Apolo inicia os relatos de suas experiências com o processo de AT apontando a mudança do *setting* terapêutico. Parece que, ao ir à casa do paciente, a at facilita a prontidão para o tratamento e auxilia o fortalecimento do vínculo terapêutico. Apolo enfatiza a importância de ter na at o apoio constante para suas angústias, apresentando um grau exacerbado de solicitação além do horário dos atendimentos, e percebendo, na at, um apoio para sua relação conjugal. A presença constante do objeto (at) nos momentos de intensa angústia, vinculada ao desejo de uso da droga, foi contribuinte para sentimentos de segurança,

amparo e gratidão. A busca constante do objeto (at) parece estar vinculada com a dinâmica que leva Apolo a buscar a droga, a presença da at significa uma supressão artificial do conflito. Segundo Olievenstein (1988) o dependente químico, impulsivo, apresenta ausência dos elementos de reflexão, de autocrítica, que possibilitam a contenção do ato; a reflexão e a autocrítica são substituídas pela ação impulsiva, imediata. A adaptação ao princípio de realidade não se realiza ou, se o faz, é de maneira incompleta, e o indivíduo age sempre da perspectiva infantil. Todas as ações estão voltadas para um objetivo negativo: o de fazer cessar a tensão existente, como o bebê quer fazer cessar uma sensação de fome, que lhe dá a impressão de ameaça à vida.

Mauer e Resnizky (1987) citam Rosenfeld, o qual vincula as toxicomanias às enfermidades maníaco-depressivas. Relata que o toxicômano instrumenta mecanismos maníacos de idealização e controle onipotente para negar as ansiedades e frustrações. As atividades de lazer propiciaram a vivência de outras formas de prazer, além de resgatar momentos que possibilitaram o fortalecimento da relação afetiva com a esposa. Outra experiência importante pontuada por Apolo foi à articulação, através da at, da rede de tratamento (ida ao psiquiatra), auxiliando a diminuição dos sintomas da abstinência, e buscando outro ponto de apoio para as intensas angústias de Apolo. No que diz respeito às vivências da família de origem de Apolo (pai e irmã) em relação ao trabalho do AT, Apolo percebeu uma neutralidade e certo distanciamento, já que a família atual, composta neste momento apenas pela esposa, evidencia-se o estabelecimento de uma relação de confiança e amparo. Barbosa (2006, p. 34) atesta que o acompanhado precisa de alguém que o acompanhe em sua solidão e movimente sua imobilidade. Alguém para compartilhar, na própria vivência, a intensidade de seu sofrimento. Sofrimento que, independente do diagnóstico, se faz presente. “Solidão, desespero, falta de liberdade e de contato são características comuns aos pacientes acompanhados”.

**Quadro 5B - Vivências de Apolo quanto aos resultados obtidos**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Qualidade de vida/Diminuição do estresse/Busca de recomposição familiar <b>Função: promotor de saúde</b>	Então é, então, junto com a doutora Flor do Campo a gente tem conseguido uma qualidade de vida sem se estressar muito de procurar um reposicionamento familiar, eu sei que vai levar tempo, se dependesse da gente.
	Autoconfiança Maior sinceridade Resgate do self <b>Função: resgate da subjetividade</b>	O que mudou, o que mudou bastante é que eu estou mais autoconfiante. eu to conseguindo ser mais sincero nas coisas a gente tem que ter personalidade, né e eu to conseguindo ter agora.
Resultados obtidos em relação à família	Ajuda na relação conjugal Fortalecimento do casal <b>Função: mediador das relações familiares</b>	a doutora Flor do Campo ajuda nesse trabalho psicológico, sabe. É, pensar a relação conjugal. O acompanhamento terapêutico veio assim para fortalecer que eu e a minha esposa estávamos muitos fragilizados emocionalmente, nós também tava entrando em processo de separação judicial, litigiosa.

Os resultados obtidos, na percepção de Apolo, apontam para: qualidade de vida; diminuição do estresse e a busca de recomposição familiar. No que diz respeito a mudanças subjetivas Apolo refere o fortalecimento da autoconfiança, a possibilidade de ser mais íntegro e verdadeiro nas relações interpessoais, além do início do resgate de aspectos importantes do *self*. Nas relações familiares, destaca a ajuda e o fortalecimento da relação conjugal. Fiorati e Saeki (2008) afirmam que a prática de AT, ao apresentar projetos terapêuticos individuais, possibilita o acolhimento do sofrimento dos familiares, auxiliando na orientação ao cuidado do paciente. Com o paciente, abre potenciais de construção de novas formas de subjetivação e elaboração do sofrimento.

A categorização dos dados da entrevista com a acompanhante terapêutica Flor de Campo, especificamente no que se refere aos dados do paciente Apolo foi subdividida em dois quadros: quadro 5C - dados referentes às vivências da at Flor de Campo relacionadas ao processo de AT de Apolo e a identificação das funções do at; quadro 5D - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 5C - Vivências da at Flor de Campo em relação ao processo de AT de Apolo e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências	Insegurança/medo - Recaída forte - Necessidade de atendimento no setting da clínica	Ele teve uma recaída muito forte, muito intensa, ele se revoltou muito e agora ele ta ressignificando novamente, mas até nós reiniciarmos com o acompanhamento terapêutico nós estamos atendendo ele na clínica. Até pra nós proporcionarmos um espaço mais limitado né pra depois nós voltarmos pro acompanhamento terapêutico.
	- Retorno ao <i>setting</i> do AT, após ressignificação dos riscos e consequências nas recaídas	Atendo o casal hoje na clínica com a possibilidade de voltarmos para o acompanhamento terapêutico quando eu me sentir segura e quando eles estiverem também preparados pra encarar mesmo tudo o que aconteceu né.

As vivências relatadas por Flor de Campo parecem estar vinculadas a um momento específico do trabalho do AT, onde não foi possível sustentar, no *setting* do AT, que é um *setting* ampliado, os conteúdos trazidos por Apolo. No discurso da at fica claro que neste momento, foi necessário o recuo para o *setting* terapêutico tradicional, visando à proteção e o regate da segurança da própria at. A forte recaída e os conteúdos destrutivos que acompanharam este momento, parecem ter deixado a at vulnerável e insegura para dar continuidade a clínica ampliada (AT). Esta interrupção no processo de AT parece ter sido o caminho para dar prosseguimento aos atendimentos e tentar resgatar, no processo terapêutico, o retorno à atividade do pensar, e não do atuar. Santos, Motta e Dutra (2005) chamam a atenção para o fato de que, justamente pela proximidade intensa no trabalho de AT, faz-se importante que outros profissionais também sejam referências transferenciais, para que o trabalho de AT não se inviabilize pelo “assédio” do paciente em relação ao acompanhante, dificultando a manutenção do vínculo acompanhante-acompanhado.

**Quadro 5D - Vivências da at Flor de Campo quanto aos resultados do processo de AT de Apolo**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Busca de compreensão das recaídas <b>Função: mediador do pensamento</b>	Recaiu por duas vezes durante esses oito meses que nós estivemos juntos, mas cada vez que ele recaía, ele buscava o entendimento, a reflexão, então eu acho que o maior objetivo foi a reflexão a cerca do papel que as drogas ocupava na vida dele.
	Reflexão sobre a função das drogas em sua vida <b>Função: desmistificação da droga</b>	A reflexão, então eu acho que o maior objetivo foi a reflexão a cerca do papel que as drogas ocupava na vida dele.
	Conscientização do processo de adoecimento - <b>Função: auxiliar a conscientização da adicção</b>	A principal meta alcançada foi à reflexão. É a reflexão, à conscientização dele do processo mesmo de adoecimento, de adicção.

Os resultados alcançados, tal como percebidos pela at na época da entrevista, foram marcados pela ocorrência de recente recaída de Apolo. Apesar de até aquele momento Apolo já ter resgatado o retorno ao trabalho, a ampliação dos vínculos sociais, e as mudanças na relação conjugal, a eminência de uma forte recaída colocava em cheque a manutenção destas conquistas, estando explicitado, nos resultados apontados por Flor de Campo, a tentativa de mantê-lo centrado e em contato reflexivo com os conteúdos psíquicos mobilizadores da recaída e mantenedores do ciclo da dependência. Mauer e Resnizky (1987) apontam para a importância de auxiliar o paciente a organizar atividades que excluam a droga, além de estimular a capacidade de pensar e cuidar de si mesmo. Citam Liberman que declarou que o problema central é conseguir que o adicto tome consciência de suas dificuldades para pensar, e estabeleça uma relação entre tais dificuldades e seus atos impulsivos, os quais se correlacionam a uma substituição do ato de pensar. O processo de pensar exige um trabalho extenso, na medida em que requer uma capacidade para suportar a dor de elaboração da perda de objetos, ou seja, uma autêntica elaboração da situação depressiva.

**Quadro 5E - Comparação das vivências e dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Apolo**

<i>Conteúdos das vivências de Apolo</i>	<i>Conteúdos das vivências da at Flor de Campo</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção de Apolo</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção da at Flor de Campo</i>
Contentamento - foi “legal” Conforto - Mudança do <i>setting</i> (ir na casa) – , maior vinculação <b>Função: facilitador do encontro terapêutico</b> Ajuda – relação com esposa <b>Função: mediador das relações familiares</b>	Insegurança/medo - Recaída forte - Necessidade de atendimento no <i>setting</i> da clínica	Qualidade de vida/Diminuição do estresse/Busca de recomposição familiar <b>Função: promotor de saúde</b>	Busca de compreensão das recaída <b>Função: mediador do pensamento</b>
Segurança Amparo Constância na relação Gratidão Desmistificação da droga <b>Função: continência e orientação</b>	- Retorno ao <i>setting</i> do AT, após resignificação dos riscos e consequências nas recaídas	Autoconfiança Maior sinceridade Resgate do self <b>Função: resgate da subjetividade</b>	Reflexão sobre a função das drogas em sua vida <b>Função: desmistificação da droga</b>
Prazer / relaxamento - Atendimento na residência / Lazer – parque <b>Função: resgate de prazer</b>		Família Ajuda na relação conjugal Fortalecimento do casal <b>Função: mediador das relações familiares</b>	Conscientização do processo de adoecimento <b>Função: auxiliar a conscientização da adicção</b>
Família – pai e irmã – Neutralidade Esposa - Confiança <b>Função: continência</b>			

As comparações das vivências de Apolo e da at Flor de Campo destoaram. Apolo refere suas vivências em um momento de estabilidade no processo de AT, configurando sua relação no tratamento como referência de segurança, conforto, amparo, proteção e gratidão. Por outro lado, a at Flor de Campo, durante a entrevista (uma semana após a de Apolo), mostra-se intensamente mobilizada pela experiência de uma forte recaída de Apolo, em relação à qual vivencia sentimentos de desproteção, vulnerabilidade e risco, devido à intensa atuação impulsiva de Apolo (dívidas com traficantes, ameaça à esposa, ligações consecutivas para at envolvendo mentiras e atuações) optando por proteger-se através da relação terapêutica em um *setting* clínico capaz de lhe retornar a segurança e estabilidade suficientes para dar prosseguimento posteriormente ao processo de AT. Parece que o ambiente mais estruturado lhe dá a possibilidade de vislumbrar a expectativa de levar Apolo a repensar os riscos e as conseqüências deste momento crítico, além de proporcionar à at, neutralizar os sentimentos intensos gerados por esta ocorrência, no acompanhamento. Os resultados de Apolo apontam para conquistas experimentadas anteriormente à recaída como: melhor qualidade de vida; diminuição do estresse; autoconfiança; maior veracidade nas relações; e fortalecimento da relação conjugal. Já a at Flor de Campo, percebe os resultados do processo, vinculados à tentativa de manter a reflexão e a atividade do pensamento do paciente, como fator de proteção para a interrupção do abuso das drogas, e a conseqüente manutenção de todos os resultados atingidos, dado as situações destrutivas já ocorridas algumas vezes em tratamentos anteriores de Apolo.

### **3.1.9 Apresentação do caso Pequeno Polegar**

Pequeno Polegar, treze anos de idade, é portador de Distrofia Muscular do tipo Duchenne. O acompanhamento teve como objetivo principal oferecer um lugar de escuta e contenção das angústias sofridas pelo paciente e familiar frente ao luto vivido devido às condições degenerativas da doença. Pequeno Polegar ficou órfão de pai aos quatro anos de idade, residia com a mãe, avó materna que apresentava senilidade e um tio portador de esquizofrenia. Pelo comprometimento da doença, Pequeno Polegar sempre frequentou a APAE sendo assistido em suas necessidades físicas e cognitivas.



Em meados de 2005, Pequeno Polegar foi encaminhado para o Centro de estudos do Genoma Humano do Departamento de Biologia – Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo onde foi realizado o estudo da amostra do seu DNA e diagnosticado (DMD).

Em dezembro de 2006 o atendimento iniciou pelo desejo da at Copo de Leite ao ver no telejornal da cidade, num programa que as pessoas buscavam por ajuda, uma foto do Pequeno Polegar com uns amigos. Na reportagem, a mãe e os amigos solicitavam um atendimento dos profissionais da área da saúde, uma vez que ele era cadeirante, possuía distrofia muscular progressiva e o recurso financeiro da família era muito precário.

O primeiro encontro aconteceu em sua casa, em sua cadeira de rodas, em seu quarto quente e apertado, em seu mundo entristecido pela doença, mas muito esperançoso de poder voltar a andar, jogar futebol e correr na rua com os amigos. Contou parte da sua história, sobre seus desejos, seus amigos, a escola e seu vídeo game (instrumento inseparável) que através dele se “move”, anda, corre, luta e vive.

A mãe de Pequeno Polegar relatou que desde os primeiros meses de vida percebeu que o filho já apresentava dificuldade nos movimentos. Desde então passou por várias consultas e exames médicos, sendo confirmado o diagnóstico de (DMD) apenas aos oito anos de idade, quando de fato deixou de andar.

Ao longo dos encontros a aliança terapêutica foi se consolidando e os planos de trabalho passaram a ser concretizados: idas ao shopping, sorveteria, supermercados, retomada à hidroterapia, rearranjo de móveis para melhor circulação no ambiente domiciliar, as refeições que aconteciam no quarto passaram a ser realizadas na mesa da cozinha.

O trabalho no primeiro momento foi ajudá-lo a construir um lugar de referência interna onde ele podia circular reconhecendo as potencialidades esquecidas pela doença. A relação que estabeleceu com a at iniciante possibilitou um lugar no mundo onde Pequeno Polegar pôde existir manifestar seus medos, angústias, desejos, raiva e lutar para ser aceito em suas limitações.

Em abril de 2008, outra at iniciou o acompanhamento com objetivo de ampliar a rede social. Durante a trajetória percorreram diversos lugares, foram momentos inesquecíveis e prazerosos, foram vivenciados também momentos tristes ao se defrontar com a dura realidade, assim no retorno para casa as expressões faciais de alegria desfaziam-se lentamente

e os sorrisos eram substituídos por olhares tristes e melancólicos, era quando a at e Pequeno Polegar retornavam ao mundo real, este que é cheio de impossibilidades e limitações.

Em outubro de 2008, Pequeno Polegar fez onze anos de idade, a imensa expressão de alegria e satisfação era nítida nas fotos ao lado da mãe, amigos e outros familiares. Não sobrava espaço para tristeza ou até mesmo para lembrar de sua finitude, era como se fosse um conto, aqueles contos de fadas.

No final de 2008 foram realizadas diversas atividades, Pequeno Polegar se realizava por descobrir como enfrentar e desafiar suas limitações.

Todo início de ano é comum as pessoas fazerem pedidos para conquistar algo durante o ano novo, Pequeno Polegar esperava por um transplante de medula com células tronco, almejando dar continuidade à vida.

Em 2009 o acompanhamento caminhou com novos objetivos, além dos passeios prazerosos direcionou-se também para o tratamento, a at acompanhou o paciente em suas sessões de hidroterapias, consultas médicas, hospital e à Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em São Paulo.

Em 2010 o trabalho constitui-se do prosseguimento das atividades sociais e de lazer, bem como no acompanhamento aos outros tratamentos, médico e hidroterapia.

Embora Pequeno Polegar esteja manifestando grande declínio fisiológico, emocionalmente tem suportado suas angústias, todo esse suporte/sustento parece estar relacionado também com a continência que a mãe vem lhe ofertando. A mãe e a at vem amparando Pequeno Polegar em sua caminhada da vida, percorrendo com ele os caminhos inerentes ao seu processo de luto.

### **3.1.10 Demonstração e análise dos quadros referentes às vivências e resultados do processo de AT segundo os atores envolvidos no processo de AT de Pequeno Polegar**

A categorização dos dados da entrevista de Pequeno Polegar foi subdividida em: quadro 6A- dados referentes às vivências do paciente relacionadas ao processo de AT e identificação das funções exercidas.

**Quadro 6A - Vivências de Pequeno Polegar em relação ao processo de AT e identificação das funções exercidas**

<i><b>Categoria 1</b></i>	<i><b>Conteúdos</b></i>	<i><b>Ilustração das vivências</b></i>
Vivências no trabalho de AT	Bem estar/ <b>Função: continência</b>	Me sinto bem, Saio pra conversar.
	Lazer, exploração dos desejos e ambientes / Suporte nos demais tratamentos – integração da rede de saúde <b>Função: mediador da rede de tratamento</b>	Shopping, Mc Donalds, Habibs, assistir filme. A Margarida me leva na fisioterapia. Um dia ela foi com a ambulância e com a minha mãe na AACD.
Vivências e sentimentos da família em relação ao trabalho de AT		Sem dados

Pequeno Polegar, durante a entrevista, mostrou-se introvertido, o que dificultou a apresentação dos conteúdos do processo de AT. Em sua entrevista, por várias vezes, não respondeu as perguntas; quando a entrevistadora incentivava-o, apenas confirmava ou não o que ela ia pontuando, sendo assim levou-se em consideração só os conteúdos que apareceram na entrevista, na voz de Pequeno Polegar, os quais dizem respeito à sua vivência com o processo. Apontou que se sente bem com o trabalho de AT, visto como espaço acolhedor de seus conteúdos, representante das atividades de lazer e intermediador de outros tratamentos necessários no seu processo de adoecimento. Rebello (2006, p. 147) faz uma reflexão em um dos seus textos traçando um paralelo entre Psicologia Hospitalar e Acompanhamento Terapêutico. Refere que ambos além da escuta do sofrimento do paciente assemelham-se numa certa mobilidade no *setting*, porém no hospital o foco é o adoecimento, a angústia gerada pelo diagnóstico, a proximidade da morte, as perdas em decorrência da doença, já no AT o foco é a própria relação acompanhante-acompanhado. “Ambos os profissionais, o psicólogo hospitalar e o at fazem uma oferta, um oferecimento para que o outro possa falar e, a partir daí, demandar escuta”.

Pequeno Polegar iniciou o processo de AT com a at Copo de Leite. A categorização dos dados da entrevista com a at Copo de Leite, no que se refere ao paciente Pequeno Polegar foi subdividida em dois quadros: quadro 6B - dados referentes às vivências da at Copo de Leite relacionadas ao processo de AT de Pequeno Polegar e a identificação das funções do at; quadro 6C - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 6B - Vivências da at Copo de Leite em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas**

<i><b>Categoria 1</b></i>	<i><b>Conteúdos</b></i>	<i><b>Ilustração das vivências</b></i>
Vivências	Companheirismo - Necessidade de integração na rede de saúde do Município, necessidade de integração social e inclusão escola/ <b>Funções: mediador da rede de saúde, articulador da ressocialização</b>	De ligação de terapias. Era mesmo caminhar com ele né; fisioterapia, AACD, e toda aquela questão do social né; lazer, escola.
	Resgate das atividades/Integração social/Realização dos desejos/ <b>Funções: mediador das potencialidades</b>	Recebia os amigos na casa, ele organizava então jogos na casa, muitas vezes lá na frente da casa, na rua os meninos jogavam futebol e ele da própria cadeira ele vivia isso como se ele fizesse o gol, como se ele segurasse o gol; então assim, se não era possível então viver aquilo no concreto, emocionalmente ele vivia.
	Lazer e social/ <b>Função: Reintegrador das atividades sociais</b>	Cinema shopping, almoçar em restaurante, calçadão, sorvete, leitura, música, computador, todas, todas que um menino.
	Desligamento/ Limite pessoal – dificuldade de enfrentamento do fim, da perda, daquilo que não pode ser preenchido	AT como um encontro de inconscientes, então era muito intenso esse conteúdo dele com o meu. E considerado um paciente terminal, isso vinha de encontro com as minhas angústias intensas do fim, eu não fui dando conta, isso foi se misturando e ele exigia de mim, as vezes eu me sentia roubada daquilo que ele exigia de mim. Eu não estava correspondendo ao que ele precisava, eu estava precisando; então foi ai que eu decidi deixar o atendimento.

As vivências da at Copo de Leite no processo de AT de Pequeno Polegar centraram-se nos cuidados exigidos no seu processo de adoecimento, bem como, no resgate de atividades de lazer e integração social. Para tal, a at Copo de Leite caminhava junto de Pequeno Polegar durante os outros tratamentos, fisioterapia, AACD, e buscava ampliar suas vivências organizando reuniões com amigos, passeios ao cinema, restaurantes, no centro da cidade, além do contato com a leitura, música e computador. Retrata muita intensidade no processo de AT com Pequeno Polegar. As degenerações próprias da patologia intensificaram o contato da at com a finitude, e passaram a exigir um acolhimento e um desgaste que naquele momento não foi possível para at abarcar. A sensação de estar sendo “roubada”, e a culpa de não corresponder ao que o acompanhado necessitava permeavam os encontros que aos poucos foram deixados sob a responsabilidade da at Margarida.

Alencar, Lacerda e Centa (2005) referem que o processo de cuidar de pacientes em fase terminal requer dos profissionais maior envolvimento biopsicossocial, cultural e espiritual, vista que este rito de passagem está envolto em mitos expressos subjetivamente. Trabalhar com a morte é lidar com o inesperado, com o impacto e com o rompimento de

vínculos estabelecidos (profissionais, pessoais e familiares). O trabalho do AT tem uma intensidade própria, muitas vezes vinculada por vários autores, à intensidade da relação primária da mãe com o bebê, sendo assim, fica claro nas vivências da at Copo de Leite que não foi mais possível abarcar, naquele momento, a demanda intensa de cuidado trazida por Pequeno Polegar.

**Quadro 6C - Vivências da at Copo de Leite quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Articulação da rede de saúde/Resgate social/Familiar/Ampliação das atividades <b>Função: agente articulador da rede e reinserção social</b>	Foram alcançadas tudo aquilo que nós nos propusemos; o retorno as consultas médicas, o tratamento da fisioterapia, a reinserção social, amigos, a família, todos foram alcançados. Inclusive a entrada de uma nova at pra que isso se expandisse mais ainda.

Os resultados apontados pela at Copo de Leite referem-se à articulação da rede de saúde, resgate do social e das relações familiares, bem como ampliação das atividades. Yagiu (2006) afirma que o trabalho do AT não se trata somente de realizar uma simples adaptação, ensinando o paciente como voltar a freqüentar lugares, mas também da criação de possibilidades para que ele possa encontrar os elementos necessários para conseguir enfrentar algumas limitações e, a partir disso, existir de outra maneira, ocupando um lugar menos marginalizado.

Pequeno Polegar continuou o processo de acompanhamento terapêutico com a at Margarida. A categorização dos dados da entrevista com a at Margarida, no que se refere aos dados do paciente Pequeno Polegar foi subdividida em dois quadros: quadro 6D- dados referentes às vivências da at Margarida relacionadas ao processo de AT de Pequeno Polegar e a identificação das funções do at; quadro 6E - resultados pessoais e modificações percebidas na relação com a família.

**Quadro 6D - Vivências da at Margarida em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas**

<i>Categoria 1</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração das vivências</i>
Vivências	Companheirismo - Resgate do desejo, busca de controle e autonomia <b>Função: ressocialização/ agente promotor de in dependência</b>	Nós saímos pra vários lugares, sempre a desejo dele né, pra lugares como lanchonetes ééé. Ele adora dirigir pilotar então a gente ia até lugares como auto-escolas, no pratico; auto-escola de carros, de moto; Lugares desse tipo.
	Limitações - Lidar com as limitações impostas pela doença/Busca de alternativas de enfrentamento <b>Função: enfrentamento</b>	Atualmente as condições físicas dele esta limitando bastante, então algo que a gente não possa desenvolver, a gente repensa e tenta fazer uma outra coisa, uma outra atividade que ele possa.

A at Margarida deu continuidade ao processo iniciado pela at Copo de Leite, continuou circulando com o acompanhado, buscando o resgate dos desejos, bem como o controle e a autonomia possível. Com o declínio das condições físicas geradas pelo processo degenerativo da doença, a dupla at-acompanhado passou a buscar alternativas para o enfrentamento das limitações inerentes ao processo de adoecimento. Iamin e Zagonel (2009) fazem uma reflexão dos aspectos éticos que permeiam as intervenções do AT com adolescentes com câncer, concluindo que, neste mundo do adoecer, o AT, torna-se fundamental para auxiliar na destituição do instituído, abrindo novos espaços para pensar. Possibilitando o surgimento da subjetividade de cada adolescente portador da doença do câncer, abre lugares para a subjetividade e para a espontaneidade, tão visível na adolescência, mas que termina ofuscada pela doença.

**Quadro 6E - Vivências da at Margarida quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Ampliação social /Enfrentamento das limitações impostas pela doença <b>Função: resgate social e apoio</b>	As metas que desenvolvemos ao longo deste percurso praticamente todas foram alcançadas; é lógico em consideração aos limites do paciente. Hoje, atualmente ele se encontra bastante debilitado fisicamente, então devido a essas condições físicas algumas coisas nós não conseguimos praticar ou fazer.
	Continuação do que vem sendo realizado/saídas para o resgate do social/acompanhamento na rede de tratamento /manutenção da qualidade de vida/ <b>Função: resgate das potencialidades</b>	A gente sempre vai dar essas saídas e também está voltado ao tratamento né intensivo; é acompanho ele em hidroterapias, também ao hospital AACD; então está voltado além do social pro tratamento, sempre visando à manutenção da vida.

Os resultados apontados pela at Margarida centraram-se na continuidade de ampliação social, enfrentamento das limitações impostas pela doença, à manutenção a aderência dos outros tratamentos, e a manutenção da qualidade de vida. Santos (2009) relatou sua experiência na inserção do AT no modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos atendidos em um Ambulatório de Saúde Universitário. Verificou que, com o AT, o paciente portador de AVC não ficou restringido à condição de um trabalhador desumanizado à espera da morte, vista que suas conseqüências psicológicas foram cuidadas. Além disso, com o trabalho de AT, o paciente pode se descobrir outro, por meio de uma presença que cria oportunidades para a utilização do espaço como ferramenta clínica, considerando o meio de vida do paciente e seus recursos pessoais.

A categorização dos dados da entrevista da mãe do Pequeno Polegar, Estrela, foi subdividida em dois quadros: quadro 6F – dados referentes às vivências de Estrela, mãe de Pequeno Polegar, relacionadas ao processo de AT de Pequeno Polegar e a identificação das funções do at; quadro 6G - resultados do processo de AT.

**Quadro 6F - Vivências da mãe de Pequeno Polegar, Estrela, em relação ao processo de AT de Pequeno Polegar e identificação das funções exercidas**

<i><b>Categoria 1</b></i>	<i><b>Conteúdos</b></i>	<i><b>Ilustração das vivências</b></i>
Vivências	Possibilidade- Psicólogo que vai na casa Extra - consultório – maior possibilidade/ <b>Função: facilitador do encontro terapêutico</b>	É uma psicologia individual, assim, na casa da pessoa, não é? Assim, geralmente agente tem que ir até a psicóloga. É, por tá saindo, então não fica aquela coisa, assim, fechada, só ali naquele, naquela sala ali, né. Então por isso que eu acho que é melhor.
	Bem estar - retorno das atividades de lazer / circulação no social  União / ajuda / companheirismo  <b>Função: ampliação do social / articulador da rede familiar</b>	É, ele já foi, ele já saiu para comer lanche com o Hamilton, já foi no shopping passear. No começo, assim, ele saiu muito, assim, sozinho com a Copo de Leite. Ela foi até viajar, a gente foi, ela foi viajar com a gente. Teve outros passeios também. A gente já foi no bosque, também, passear. Sempre vai num lugar assim, e é muito bom. Com a Margarida também ele chegou a sair algumas vezes, só que agora como eu não to trabalhando, então dá pra mim acompanhar em certos lugares. Porque de primeiro, eu pegava ele sozinha. Agora eu já não dou conta mais, né, então entre ela, assim tá sempre nós duas, assim, tá pegando ele, assim.
	Proximidade/Confiança Apoio/Parte da nossa vida <b>Função: continência / resgate da vida</b>	Ahh olha desde o começo, assim, eu já me enturmei com ela, já, porque é assim, igual, em casa eu tenho muito problema e parente mesmo, são meio distante, agora, elas são até mais, ela fazem mais do que minha irmã, do que meu irmão, do que, sabe, porque tá sempre em casa, tá sempre envolvida com os meus problemas, que a gente passa, tal, enquanto que do outro lado, irmão, irmã, faz aquelas visitinhas, assim, mas não ajuda.
	Familiar Apoio Segurança <b>Função: placement</b>	Olha, é assim, sabe, a Margarida, eu tenho ela como uma pessoa da família, é uma pessoa assim, que, que, sabe, a gente confia nela, eu aprendi conhecer ela, aprendi assim, a admirar e eu tenho ela não como uma psicóloga, sei lá, eu já to tão familiarizada com ela, sabe, que eu já tenho, assim, aquela liberdade de tá, às vezes acho que até exagero, sabe. Tenho problemas que talvez nem seja da alçada dela, sabe, então a gente já acostumou com ela, ela já faz parte, assim, da vida da gente.
	Presença constante Maior intimidade Maior proximidade Acompanhamento para paciente e família <b>Função: reintegradora</b>	Ahh, o AT é assim, as pessoas tá assim, mais presente com a gente. Assim, não assim, assim, eu falo assim, a assistência pra criança assim, ou mesmo pra mim, né, porque ela acompanha o menino e eu também to sempre né, acompanhando, então. É, uma coisa mais de pertinho. Com a gente, com a família.

As vivências de mãe de Pequeno Polegar, Estrela, no processo de AT apontam para a significação do AT como uma ferramenta clínica ampliada devido à atuação do trabalho no espaço de vida do próprio paciente, gerando uma relação mais próxima, e responsável pela ampliação de atividades cotidianas, auxiliando no resgate da vida. Refere ao at como aquele que está sempre presente, auxiliando em lócus nas dificuldades do dia a dia. Santos, Motta e Dutra (2005) em pesquisa com profissionais que atuam como at, concluíram



que os acompanhantes concordaram que a frequência dos encontros e a maior intimidade que se estabelece no AT, implicam numa responsabilidade clínica muito grande.

Em relação à experiência com a at Copo de Leite, Estrela, assinala a at como alguém que propiciou o resgate de atividades de lazer, focado no trabalho mais intensamente com Pequeno Polegar, vista que Estrela trabalhava fora na época. Resgata a experiência de uma viagem representante da retomada de momentos de diversão e descontração. No que diz respeito às experiências com a at Margarida, refere a um apoio como que familiar, de grande proximidade e intimidade, onde a presença constante permite uma cumplicidade difícil de ser vivenciada nas relações. A presença da at Margarida significa apoio, segurança, confiança, amparo importante para o enfrentamento das vivências suscitadas pela proximidade de finitude de seu filho, Pequeno Polegar.

Santos, Motta e Dutra (2005) ressaltaram em sua pesquisa que os ats entrevistados referiram as funções de perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo e atuar como agente ressocializador. Também enfatizaram que não consideram os ats representantes de outros profissionais, destacando que, pelo fato de que a relação entre acompanhante e acompanhado ser mais freqüente, os ats acabam se transformando no elemento mais importante da equipe de tratamento.

**Quadro 6G - Vivências da mãe de Pequeno Polegar, Estrela, quanto aos resultados do processo de AT de Pequeno Polegar**

<i>Categoria 2</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração dos resultados</i>
Resultados	Segurança/Contato com o mundo externo/ <b>Função: continência / agente mediador do contato com o mundo externo</b>	A Margarida, está sempre em casa, então é aquela história que eu tava te falando, a gente não vive isolado. Porque ela tá sempre, sempre tem uma novidade. A gente sempre tá inventando alguma coisa pra fazer, coisas que eu não, coisas assim que as pessoas da família mesmo.
	Aceitação maior dos limites impostos pela mãe <b>Função: resgate de funções psíquicas</b>	Sempre fui aquela mãe super protetora, de fazer tudo o que ele quer, quando entrou a Copo de Leite, ela me ajudava muito nessa parte, ele é sem limite, mesmo antes de parar de andar, ele teve, como toda criança, você tem que tá pondo esse limite aí, e ele não aceitava muito. Agora, ela já tá mais aceitando melhor, assim.
	Equilíbrio familiar / Diminuição de internação do tio/ <b>Função: agente promotor de mudança familiar</b>	Até esse meu irmão que vivia internado dificilmente agora tá internando. Foi mudança positiva.
	Continuar com o AT	No começo, igual esse negócio da gente ir viajar, no começo, então o negócio começou assim e foi se aprofundando, os passeios foram demorando. A gente foi tomando mais certa liberdade, eu tenho a Margarida como um a pessoa da família da gente, sabe eu acostumei tanto que, então se continuar eu acho que vai ser bom pro Pequeno Polegar, não só pra ele, como pra gente mesmo.
	Continuar lutando Vida melhor	E a gente quer o melhor pra ele, a gente luta, eu mesma to sempre lutando pro melhor, sempre fazendo uma coisa assim, diferente para agradar ele. A minha vida se resume nele.

Os resultados identificados por Estrela no processo de AT apontam para a modificação no comportamento de Polegar em relação à aceitação de limites impostos pela genitora; diminuição do isolamento; resgate do equilíbrio familiar, inclusive com diminuição do índice de internação do irmão portador de esquizofrenia. Espera que o trabalho tenha continuidade, visando à manutenção de uma vida melhor. Carniel e Pedrão (2010) demonstraram como resultados do trabalho de AT: resgate da auto-estima, retomada da realização de atividades, motivação para novamente buscar o lazer, modificações no comportamento e melhoria da qualidade de vida. Através dos resultados obtidos os autores consideraram o AT, uma modalidade terapêutica que contribui para a assistência e reabilitação psicossocial.

**Quadro 6H - Comparação das vivências segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Pequeno Polegar**

<i>Conteúdos das vivências de Pequeno Polegar</i>	<i>Conteúdos das vivências da at Copo de Leite</i>	<i>Conteúdos das vivências segundo a at Margarida</i>	<i>Conteúdos das vivências segundo a percepção de Estrela (mãe)</i>
Bem estar <b>Função: continência</b>	Companheirismo - Necessidade de integração na rede de saúde do Município, necessidade de integração social e inclusão escola <b>Funções: mediador da rede de saúde, articulador da ressocialização</b>	Companheirismo - Resgate do desejo, busca de controle e autonomia <b>Função: ressocialização/ agente promotor de independência</b>	Possibilidade - Psicólogo que vai na casa Extra - consultório – maior possibilidade <b>Função: facilitador do encontro terapêutico</b>
Lazer, exploração dos desejos e ambientes / Suporte nos demais tratamentos – integração da rede de saúde <b>Função: mediador da rede de tratamento</b>	Resgate das atividades Integração social Realização dos desejos <b>Funções: mediador das potencialidades</b>	Limitações - Lidar com as limitações impostas pela doença/Busca de alternativas de enfrentamento <b>Função: enfrentamento</b>	Bem estar - retorno das atividades de lazer / circulação no social União / ajuda / companheirismo <b>Função: ampliação do social / articulador da rede familiar</b>
	Lazer e social <b>Função: Reintegrador das atividades sociais</b>		Proximidade/Confiança Apoio/Parte da nossa vida <b>Função: continência / resgate da vida</b>
	Desligamento/ Limite pessoal – dificuldade de enfrentamento do fim, da perda, daquilo que não pode ser preenchido		Familiar/Apoio/Segurança <b>Função: placement</b>
			Presença constante/Maior intimidade/Maior proximidade/Acompanhamento para paciente e família <b>Função: reintegradora</b>

A comparação das vivências dos atores envolvidos no processo de AT de Pequeno Polegar converge nas ats como um percurso voltado para o resgate das atividades, do lazer e dos desejos; integração social e da rede de saúde. Tanto Pequeno Polegar como sua mãe, Estrela, vivenciam o AT como lugar da companhia, do não sentir-se só. Apesar das colocações tímidas de Pequeno Polegar, é clara sua referência ao AT como algo bom, que lhe permite sair e conversar. Já no discurso de Estrela, a característica do at como alguém familiar, que está sempre próximo, dividindo o caminhar e despertando o conforto de sentir-se amparada e acompanhada fica em evidência, apontando para o AT como referência na continuidade do projeto de vida.

**Quadro 6I - Comparação dos resultados segundo a percepção dos atores envolvidos no processo de AT do caso Pequeno Polegar**

<i>Conteúdos dos resultados da at Copo de Leite</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a at Margarida</i>	<i>Conteúdos dos resultados segundo a percepção de Estrela (mãe)</i>
Articulação da rede de saúde/Resgate social/Familiar/Ampliação das atividades <b>Função: agente articulador da rede e reinserção social</b>	Ampliação social /Enfrentamento das limitações impostas pela doença <b>Função: resgate social e apoio</b>	Segurança Contato com o mundo externo <b>Função: continência / agente mediador do contato com o mundo externo</b>
	Continuação do que vem sendo realizado/saídas para o resgate do social/acompanhamento na rede de tratamento /manutenção da qualidade de vida <b>Função: resgate das potencialidades</b>	Aceitação maior dos limites impostos pela mãe <b>Função: resgate de funções psíquicas</b>

Pequeno Polegar não se referiu aos resultados do AT, talvez porque sua conclusão seja algo que se assemelha à finalização, seja mobilizador das angústias de morte e fator de rejeição espontânea. As ats Copo de Leite e Margarida referem resultados semelhantes: articulação da rede de saúde e acompanhamento na rede de tratamento; ampliação das atividades e das relações sociais; manutenção da qualidade de vida. A at Margarida aponta para a busca de enfrentamento para as angústias mobilizadoras no processo atual do adoecimento, onde as perdas das capacidades físicas e a degeneração orgânica são cada vez mais evidentes. Estrela, mãe de Pequeno Polegar, refere como resultados do processo de AT: aumento da segurança; at como referência na ampliação do contato com o mundo externo; maior aceitação de Pequeno Polegar em relação ao limites, imposições de

regras; e equilíbrio familiar. Como dados de experiência final almeja a continuidade do processo de acompanhamento terapêutico (AT).

### 3.2 Apresentação e análise dos dados gerais das entrevistas das ats

Os dados gerais das ats são referentes às categorias do roteiro de entrevista semi-estruturada em relação: à motivação para a escolha desta atividade terapêutica; vivências gerais com o trabalho; papel da supervisão; definição de AT e contribuições pessoais para o desenvolvimento do acompanhamento terapêutico (AT).

A categorização dos dados gerais da at Flor de Campo foi subdividida em três quadros: quadro 7A - motivação para o trabalho e vivências gerais; quadro 7B- papel da supervisão; quadro 7C-definição e contribuição para o trabalho do AT.

**Quadro 7A - Motivação para o trabalho e vivências gerais para at Flor de Campo**

<i>Categorias</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Motivação para o trabalho de AT	<i>Setting</i> diferenciado / Vínculo terapêutico mais estreito e intenso	Vai além do <i>setting tradicional</i> terapêutico e essa possibilidade de você abarcar mais conteúdos, de estar junto nos momentos difíceis e de estar aberto pra essas possibilidades de reelaboração, de ressignificação é muito intenso, pela intensidade do trabalho acho que isso que me envolveu mais.
Vivências no trabalho	Iniciais: Idealização/onipotência/ansiedade Desenvolvimento pessoal: maturidade, controle da ansiedade, respeito com o tempo do outro	Hoje me sinto mais madura, mais preparada; no início eu tava numa posição muito idealista achando que realmente iria conseguir resolver todos os problemas, com o passar do tempo eu aprendi a conter a minha ansiedade e trabalhar os conteúdos trazidos de acordo com as condições e os limites de cada acompanhado, acaba sendo mais tranquilo hoje.

A at Flor de Campo traz como motivação para escolha da atuação em AT a diferenciação do *setting* terapêutico, que segundo ela, é constituído de grande intensidade e

facilita o vínculo terapêutico. A idealização é a marca do início do trabalho de Flor de Campo, a sensação de onipotência, a ilusão mágica de resolver tudo, foi fonte geradora de intensa ansiedade, a qual foi sendo diluída e trabalhada no decorrer de seu percurso como at, proporcionando maturidade e desenvolvimento pessoal e profissional. Vários são os autores que apontam para a importância da diferenciação do *setting* no AT, além da intensidade da relação terapêutica.

Canongia e Teixeira (2002) ao explicitarem a diferenciação da relação no AT apontam que o recurso terapêutico do acompanhamento traz na pessoa do terapeuta o papel fundamental de facilitador de um legítimo habitar na cena da vida. Utilizam para elucidar esta idéia os dizeres de Carvalho (2000, p. 121-122)“... habitar não significa estar passivamente num lugar (...) pressupõe criar sentidos, relações (...) é uma experiência de amorosidade, de afetividade (...) envolve símbolos e significações anteriores à palavra e uma semântica que ultrapassa a linguagem enunciativa”.

**Quadro 7B - Papel da supervisão segundo a at Flor de Campo**

<i>Categorias</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Papel da supervisão	Lugar de planejamento Continência e participação do grupo Segurança Estabelecimento de metas	Na supervisão que nós pudemos planejar todas essas metas. A supervisão foi à mãe pra mim, pra que eu pudesse dar continuidade ao caso e pra que eu pudesse também aprender e abarcar os conteúdos que hoje eu tenho capacidade de tá abarcando e que antes eu precisava de muita ajuda, então o grupo foi muito participativo nesse processo. Quando eu atendo a Bela é como se fosse o grupo inteiro que tivesse atendendo, eu me sinto assim, amparada, então a minha segurança em atender o caso vem da supervisão mesmo. É na supervisão que você busca realmente a continência que você precisa pra poder se oferecer e se doar.

Flor de Campo identifica a supervisão como lugar de planejamento e estabelecimento de metas. A discussão dos casos através do parecer dos integrantes do grupo consolida um acompanhar grupal que se estende para os encontros com o paciente. A continência grupal favorece os sentimentos de amparo e segurança.

Segundo Canongia e Teixeira (2002) a indicação do acompanhamento deverá como os demais recursos e procedimentos, passar pelos espaços de discussão clínica e de

supervisão, lugares privilegiados onde se poderá decidir a viabilização do momento de iniciar, de continuar ou de encerrar a intervenção, bem como elaborar o luto da separação e do insucesso, da onipotência, da aceitação dos limites e possibilidades de cada cliente, de cada situação.

**Quadro 7C - Definição de AT e contribuições para o trabalho de acompanhamento terapêutico na visão da at Flor de Campo**

<i>Categorias</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Definição de AT	Crescimento profissional e pessoal Mudança de olhar para o ser humano e para o mundo Tolerância, espera, mudança ao lidar com os próprios sentimentos	O amadurecimento com esse prática é muito intenso, não só enquanto profissional, mas enquanto pessoa. A intensidade do acompanhar deixa marcas muito fortes, é como se o AT fosse parte da nossa vida diária mesmo. Me fez crescer enquanto ser humano, consigo olhar de uma forma diferente para o ser humano hoje e pro mundo, mas com os meus pés no chão, sempre entendendo, lógico que o idealismo tem que fazer parte, da nossa prática. O AT, ele conseguiu gerar assim, uma maturidade grande pra lidar com a minha ansiedade e na condição de espera mesmo.
Contribuições para o trabalho do AT	Estreitamento das parcerias Fortalecimento da rede de saúde/Construção de novas políticas públicas Integração com a família	O trabalho com parcerias é fundamental, o AT, proporciona a união, a articulação de uma rede de saúde. O AT é realmente um provedor, então eu vejo o dispositivo clínico de AT de extrema importância pra articulação da rede, pra construção de novas políticas públicas e pro trabalho em família, porque a família é a primeira instituição da vida, então o trabalho de família é muito importante.

A at Flor de Campo define o AT como uma prática intensa, geradora de crescimento pessoal e profissional, além de promover mudanças na forma de olhar o ser humano e o mundo. Identifica o trabalho de AT como dispositivo integrante da vida diária, capaz de gerar mudanças em sua subjetividade como: aumento da tolerância; maior capacidade de espera; e maior habilidade para lidar com os próprios sentimentos. Em relação às contribuições para o trabalho de AT aponta a importância do estreitamento das parcerias com a rede de saúde visando seu fortalecimento; e a construção de políticas públicas que centralize seu trabalho na assistência à saúde da família.

Hermann (2008) em sua tese de doutorado sobre o AT faz uma reflexão sobre o lugar que se deve ocupar ao tentar definir acompanhamento terapêutico. Sugere como única saída pensá-lo a partir da prática, ou seja, do lugar daquele que exerce a função de estar junto

com um paciente psicótico. Ressalta a importância de considerar a maneira singular de cada paciente reproduzir o mundo, cabendo ao at acompanhar a reconstrução desse mundo. Neste sentido retoma a importância da palavra amigo, como aquele que suporta a inventividade/criatividade do paciente psicótico em recriar seu mundo sem estabelecer um olhar de repressor ou de pedagogo, que determine o que é aconselhável para uma boa adaptabilidade. Parece que a intensidade da prática do AT mencionada por Flor de Campo, como prática geradora de mudanças na forma de olhar, implica nesta transformação subjetiva do próprio at ao envolver-se com esta forma de estar com o outro. Várias vezes pudemos refletir durante as supervisões nossa tendência e luta para não ocupar um lugar de adaptabilidade e segregação, sendo assim, vemos uma equipe também em transformação e crise, buscando ocupar um lugar possível de transformação.

A categorização dos dados gerais da acompanhante terapêutica Hortência, foi subdividida em: quadro 8A motivação para o trabalho de AT e vivências no trabalho, quadro 8B papel da supervisão, quadro 8C definição do AT e contribuições para o trabalho de AT.

**Quadro 8A - Motivação para o trabalho de AT e vivências gerais para at Hortência**

<i>Categorias</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Motivação para o trabalho de AT	<i>Setting</i> diferenciado	A princípio foi a possibilidade da criação do <i>setting</i> terapêutico né e vivenciar no cotidiano a realidade do sujeito, isso se tornou fundamental pra minha escolha.
Vivências no trabalho	Intensidade, paixão, amor Compartilhar, incentivar possibilidades Experiência rica Amadurecimento pessoal e profissional	Então a possibilidade de trabalhar fora dos padrões convencionais já me causou grande interesse, interesse esse que passou de uma paixão para um amor intenso, um texto que eu li sobre o AT o autor falava sobre o comer do mesmo pão, pra mim foi o máximo; foi arar a terra, foi plantar a semente, foi colher, tudo junto então. Fazer a farinha o pão e depois tornar possível compartilhar esse pão; então é mais ou menos isso, assim resumindo bem; e também eu acho que semear essa segurança, incentivar as possibilidades; que esses fragmentos de subjetividade que vão surgindo eles são de uma riqueza imensa até pra construção do nosso amadurecimento no trabalho.

Hortência aponta o *setting* diferenciado, a possibilidade de vivenciar o cotidiano e a realidade do sujeito, como fatores fundamentais para a determinação de sua escolha profissional. Refere ao AT como um processo de paixão e amor intenso; compartilhar com o

outro e incentivar as possibilidades do ser humano constituiu para Hortência em uma rica experiência geradora de amadurecimento pessoal e profissional.

Palombini (2009) ao refletir sobre a amizade no trabalho de AT refere ao ensinamento psicanalítico que o amor é um dos motores da transferência que liga analisante e analista, pondo em movimento a experiência da análise (FREUD, 1976 citado por PALOMBINI, 2009). Contudo, aponta que a experiência do AT não conta com as salvaguardas próprias ao *setting* analítico, visando à abstenção do analista perante a demanda de amor que lhe é dirigida. Afirma que a presença do "at" no cotidiano de vida do seu acompanhado, a proximidade física, os afetos suscitados nas experiências ao longo do trabalho, exigem a invenção de formas próprias de sublimação do caráter sexual do erotismo, sem recusa ao prazer que da relação possa advir. Neste sentido refere ao conceito platônico de *eros-philia*, o qual propõe *eros* sublimado como motor da amizade, como referencial útil para uma concepção do exercício político da amizade no AT. Faz-se importante ressaltar que não incomumente nos espaços de troca do grupo em relação ao trabalho do AT sentimos a força desse *eros* que extrapola os espaços relacionais at-acompanhado e atinge uma dimensão grupal e social que se constituiu muitas vezes como motor deste fazer clínico.

**Quadro 8B - Papel da supervisão segundo a at Hortência**

<i>Categories</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Papel da supervisão	Aprendizado, Ancoragem	É fundamental, fundamental pra troca de experiência e como ancoragem para as nossas angustias né, que são imensas. Instrumento de grande amadurecimento profissional. Tem profissionais antigas no grupo, e outras que são mais novas, o que traz contribuição muito grande, então essa troca de experiência, de vivência mesmo pessoal, profissional é muito importante.

A supervisão é vista por Hortência como um lugar de aprendizado e ponto de ancoragem das angústias que acompanham o trabalho de AT. Oliveira (2006) refere que o trabalho com doentes demanda muita atenção e disponibilidade do at, sendo indispensável e fundamental para que não se percam a realização de uma análise pessoal, o aprofundamento teórico e o acompanhamento com supervisão clínica.



**Quadro 8C - Definição do AT e contribuições para o trabalho de AT na visão da at Hortência**

<i>Categorias</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Ilustração ou Demonstrativo</i>
Definição do AT	Ampliação do olhar Aprendizado da escuta	O at ele tem que ser um profissional generalista igual costumamos falar médico, conselheiro e analista hoje NE? E o AT também. A agente tem que ser muito generalista, ter um olhar ampliado do sujeito; saber falar, saber escutar isso é fundamental; Não é só falar, é ser compreendido pelo outro.
Contribuições para o trabalho do AT	Divulgação/Ampliação do trabalho Publicações novas	O AT tem que concretizar ações que tornem visível esse trabalho; apesar de todo o esforço, de ser uma prática antiga, surgiu a quantos anos! Precisam de práticas, assim de ações mais concretas, organizar grupos pra divulgação. Publicação de pesquisa.

Hortência define o AT como uma prática generalista, experiência que possibilita a ampliação do olhar profissional, bem como, a aprendizagem da escuta terapêutica. Segundo Berlinck (2010) a prática do AT abre a possibilidade para que a pessoa do terapeuta tenha uma atitude ética e para que o acompanhado, sentindo-se apoiado, possa também exercer uma atitude igual. Como contribuições para o trabalho de AT Hortência salienta a importância da divulgação do trabalho para a expansão do conhecimento e reconhecimento do mesmo, e a inclusão de novas publicações.

Guerra e Milagres (2005) refletem sobre a importância do AT se contrapor a uma vertente reabilitadora e pedagógica de intervenção que mascararia a possibilidade de construção do caso clínico. Apostam numa direção de recolhimento das produções do inconsciente nos acontecimentos de fala e de linguagem, reportando-as para a construção do caso em equipe. Para estes autores o AT se inscreve num trabalho de rede e sua indicação, precisa, está pautada justamente numa prática que congrega o diálogo de equipe entre diferentes saberes, na contramão de qualquer movimento de alienação, seja material ou simbólico.

A categorização dos dados da acompanhante terapêutica Copo de Leite, foi subdividida em: quadro 9A motivação para o trabalho de AT e vivências gerais, quadro 9B papel da supervisão, quadro 9C definição de AT e contribuições para o trabalho.

**Quadro 9A - Motivação para o trabalho de AT e vivências gerais para at Copo de Leite**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Motivação para o trabalho de AT	Experiência do outro (professora) Experiência positiva com o primeiro atendimento	A experiência da professora e o resultado que eu tive positivo com o primeiro acompanhamento na faculdade ainda. Então o que me motivou, é como eu disse, foi o resultado já no primeiro momento enquanto estágio e a possibilidade dessa continuação.
Vivências com o trabalho	Importância do acompanhar e ser acompanhado na vida Possibilidade de se reencontrar através do contato com o outro Apego /Novo encontro consigo mesmo	De sentimento? A companhia, então é aquilo que; todos nós precisamos de alguém de uma forma ou outra; e o AT então com essa possibilidade de se reencontrar, de um novo encontro consigo e com a vida; então foi nisso que eu me apeguei ao AT.

A at Copo de Leite identifica como motivação para a formação e atuação na prática do AT a experiência relatada por uma professora e a experiência positiva no atendimento do primeiro caso em estágio supervisionado. Segundo Silva (2005) o AT é uma atividade extremamente rica, com um vasto campo de atuação em contínua criação e com uma importante eficácia nos trabalhos que se propõe a desenvolver. As vivências iniciais de Copo de Leite se embasaram na importância do acompanhar e ser acompanhado para a promoção de desenvolvimento do indivíduo. As experiências subjetivas da at Copo de Leite enfocam a possibilidade de se reencontrar através do contato com o outro, a experiência de um novo encontro consigo mesmo. Em relação à intensidade e forma de clinicar no AT, Maia (2006) ao experienciar a transformação de um paciente acompanhado em clínica e AT coloca que quando estamos diante de pacientes que ainda não puderam alcançar o estado de unidade de si-mesmos, o acompanhamento terapêutico, sintonizado com as necessidades deles e estruturado em experiências, pode contribuir imensamente com o trabalho analítico. Esse tipo de complementação, porém, demanda da equipe uma mesma compreensão de homem e das condições fundamentais para o seu acontecer, apontando uma determinada maneira de estar na clínica, criando técnicas que favoreçam a possibilidade de os pacientes terem uma existência em que percebam que a vida vale a pena ser vivida. Santos, Motta e Dutra (2005) referem que apesar da multiplicidade de casos atendidos na modalidade de AT, a riqueza de seu trabalho concerne na constituição de um *setting* ambulante, diferença fundamental para pensarmos sobre a diferenciação de sua prática em relação aos métodos psicoterápicos convencionais.

**Quadro 9B - Papel da supervisão segundo a at Copo de Leite**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Papel da supervisão	Aceitação Identificação Reconhecimento Desenvolvimento Encontro – acolhimento dos conteúdos internos Ligação – entrega do conteúdo interno – lugar de continência	A supervisão é o que me fez aceitar o que eu estava sentindo, a olhar pra aquilo que eu estava realizando, identificar, reconhecer, aceitar pra poder então tomar decisão. É um encontro em que eu me entrego, eu entrego o meu conteúdo e entrego o conteúdo do acompanhado e eu consigo junto com a supervisora essa relação, de uma ligação em que ela consegue chegar até àquilo que de fato é importante ser visto e sentido. É muito rico, construímos uma relação de confiança.

A supervisão se consolidou em um espaço de promoção de aceitação dos próprios sentimentos da at, bem como, na possibilidade de identificar, reconhecer e aceitar a si mesmo e o outro no encontro terapêutico. Tal reconhecimento e uma relação intergrupar de confiança possibilitaram, segundo a at Copo de Leite, subsídios para as tomadas de decisões e para a promoção de desenvolvimento do trabalho. Metzger (2006) refere que além de sintonia com os próprios sentimentos e autocontrole deve-se acrescentar a disponibilidade de se envolver em uma clínica muito exigente, que coloca os profissionais em situações de difícil manejo. Sendo assim, para sustentar a atuação nesta clínica é indispensável à análise pessoal e a supervisão, as quais são referências imprescindíveis para elaboração de experiências inusitadas e de grande intensidade afetiva.

**Quadro 9C - Definição do AT e contribuições para o trabalho na visão da at Copo de Leite**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Definição de AT	Busca de preenchimento do vazio, encontro com as necessidades	Ele vem preencher aquilo que cada um então busca, tanto profissional que vai atuar, como aquele que vai receber o trabalho, ele busca preencher aquilo que ficou de vazio; com a companhia, que é o que todos nós necessitamos, de alguém.
Contribuições para o trabalho do AT	Contribuir com a construção do conhecimento, através das experiências no processo	A teoria, que vai contribuir com essa construção do conhecimento em AT, teoria que já existe e aquilo que a gente toma, então de outras áreas, então da psiquiatria, psicanálise, porém o que vai enriquecer mesmo o trabalho do AT é a entrega do próprio AT.

Copo de Leite acredita que os ats vão construindo uma forma de fazer a clínica ampliada embasados no alicerce teórico do AT e de outras áreas do conhecimento, acredita que o enriquecimento do trabalho se dá pela própria entrega do at no processo. A at Copo de Leite resgata com frequência em suas vivências a importância da entrega, da relação, como fator de transformação e característica marcante do fazer AT. Barreto (1997, p. 254) coloca que o conhecimento pode ser fruto da transformação das experiências vividas no cotidiano. Refere ser no silêncio do não-representacional que o conhecimento transcende a dimensão da informação, do raciocínio e da memória. "A transformação das informações em conhecimento ocorre pelo processo de relacioná-las com os afetos, sentimentos e experiências da vida do sujeito".

A categorização dos dados da acompanhante terapêutica Margarida, foi subdividida em: quadro 10A motivação para o trabalho do AT; quadro 10B papel da supervisão; quadro 10C definição do AT e contribuições para o trabalho.

**Quadro 10A - Motivação para o trabalho de AT para at Margarida**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Motivação para o trabalho de AT	Identificação	Acredito que o AT é uma modalidade que tem haver com meu jeito de ser.

A at Margarida ao referir sobre qual fator motivacional para sua prática em AT refere ter se identificado com a forma de fazer desta clínica, não especifica as características que consolidaram sua escolha. Barreto (1997) assinala que na visão winnicottiana a questão da sobrevivência é, desde o princípio, sobrevivência física e psíquica. Winnicott privilegia a dimensão existencial para compreender a motivação humana, utilizando-se do conceito de *self*, segundo ele, o ser humano só se realiza quando é capaz de criar algo que simbolicamente o apresente e o inscreva na realidade compartilhada com outros seres humanos (cultura).

**Quadro 10B - Papel da supervisão segundo a at Margarida**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Papel da supervisão	Importância do apoio do grupo/novas perspectivas	A supervisão sinto que é necessária, auxilia bastante, não só com a supervisora, mas com todo o grupo né; isso auxilia e faz com que a gente consiga ver outros nortes para aquilo que está somente ao nosso ver.

A supervisão é vista pela at Margarida como um espaço de apoio e direção, principalmente por seu aspecto interventivo grupal. Carrozo (2006) ao refletir sobre o método de supervisão da Equipe de ats do hospital-dia “A CASA” salienta que o grupo sempre acompanhou cada at que trazia o relato de seu acompanhamento. Ressalta que ao acompanhar o acompanhante que relatava, todos do grupo experimentavam em si o encontro e as transferências que aquele paciente provocava. Ou seja, um relato servia para que todos os membros do grupo se experimentassem acompanhando, aspecto interventivo grupal mencionado por Margarida em sua vivência.

**Quadro 10C - Definição do AT e contribuições para o trabalho na visão da at Margarida**

<b>Categorias</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Ilustração ou Demonstrativo</b>
Definição de AT	Fazer junto, concretizar, Atuar com o outro	Pra mim, eu vou falar um pouco de Barreto que ele fala do comer do pão né, junto ao acompanhar, junto a este paciente; e eu reforço dizendo que antes de comer este pão se faz necessário fazer o pão junto com o paciente pra depois comê-lo.
Contribuições para o trabalho do AT	Busca de maior conhecimento científico para a área, divulgação do trabalho de AT	Há uma necessidade como em todas as outras áreas de que nós temos respaldo de um conhecimento maior, de um conhecimento científico, buscar aí o que se faz em outros locais e também de divulgação deste trabalho; hoje muitas pessoas conhecem, mas ainda não tem uma amplitude, então fazer com que todo o mundo venha conhecer o trabalho do AT.

A at Margarida define o AT como aquele que faz junto, compartilha e finaliza metas. Estabelece como contribuição para a área de AT o aumento da produção científica, bem como, a maior divulgação do trabalho. Yagiu (2006) dedica uma de suas reflexões sobre a importância do projeto no trabalho de AT, refere que nem sempre é fácil a tarefa de elaborar um projeto, vista que é de fundamental importância que os valores e interesses pessoais do paciente estejam implicados nesta elaboração. Neste sentido, cada acompanhamento exige atenção e aprendizagem contínuas.

### 3.3 Comparação e análise dos dados gerais das entrevistas das ats

**Quadro 11A - Quadro de comparação das motivações para as ats**

<b>Categorias</b>	<b>at - Flor de Campo</b>	<b>at – Hortência</b>	<b>at – Lírio</b>	<b>at –Margarida</b>
Motivações	<i>Setting</i> diferenciado / Vínculo terapêutico mais estreito e intenso	<i>Setting</i> diferenciado	Experiência do outro (professora) Experiência positiva com o primeiro atendimento	Identificação

Os fatores de motivação para a escolha do trabalho em AT coincidiram para as ats Flor de Campo e Hortência, as quais apontaram para a importância da diferenciação do *setting* terapêutico, como fator de inclinação para uma prática terapêutica intensa e produtiva. Já as ats Copo de Leite e Margarida referem se identificarem com a área, vista na Margarida à presença de qualidades pessoais para o desenvolvimento do trabalho, e em Copo de Leite o encantamento com a experiência do outro, e com sua própria experiência inicial com o trabalho de AT.

**Quadro 11B - Quadro de comparação das vivências gerais das ats**

<b>Categorias</b>	<b>at – Flor de Campo</b>	<b>at – Hortência</b>	<b>at – Copo de Leite</b>	<b>at – Margarida</b>
Vivências Gerais	Idealização onipotência ansiedade	Intensidade, paixão, amor Compartilhar, incentivar possibilidades Experiência rica Amadurecimento pessoal e profissional	Importância do acompanhar e ser acompanhado na vida Possibilidade de se reencontrar através do contato com o outro Apego Novo encontro consigo mesmo	Sem dados

No quadro de vivências gerais Flor de Campo destaca o trabalho como um processo de amadurecimento pessoal, marcado por vivências iniciais de idealização, desejo de resolver tudo (onipotência) e alto grau de ansiedade, já Hortência refere intensidade, paixão, amor ao compartilhar dores e incentivar possibilidades, corroborando com Flor de Campo em relação a ser um trabalho promotor de amadurecimento pessoal e profissional. A at Copo de Leite também destaca o processo como aprendizado pessoal, identificando-o como transformador da subjetividade, visto que cada encontro com o outro, oferta um lugar de novo encontro consigo mesmo. Na entrevista da at Margarida não tem referências das vivências gerais no processo de AT.

**Quadro 11C - Quadro de comparação das contribuições para o trabalho de AT na visão das ats**

<b>Categorias</b>	<b>at – Flor de Campo</b>	<b>at – Hortência</b>	<b>at – Copo de Leite</b>	<b>at – Margarida</b>
Contribuições	Estreitamento das parcerias/Fortalecimento da rede de saúde/Construção de novas políticas públicas	Divulgação Ampliação do trabalho/Publicações novas	Contribuir com a construção do conhecimento, através das experiências no processo	Busca de maior conhecimento científico para a área, divulgação do trabalho de AT

As ats Margarida, Hortência e Copo de Leite apontam para a divulgação e o aumento do conhecimento científico como contribuições para o aprimoramento e desenvolvimento do trabalho de AT, já Flor de Campo ressalta que a centralização no estreitamento de parcerias e fortalecimento da rede de saúde pode contribuir para a construção de novas políticas públicas e a crescente inserção do AT nos tratamentos da rede pública e privada.

**Quadro 11D - Quadro de comparação do papel da supervisão segundo as ats**

<b>Categorias</b>	<b>at – Flor de Campo</b>	<b>at – Hortência</b>	<b>at – Copo de Leite</b>	<b>at – Margarida</b>
Papel da supervisão	Lugar de planejamento e participação do grupo Segurança/Estabelecimento de metas	Aprendizado, Ancoragem	Aceitação/Identificação Reconhecimento Desenvolvimento Encontro – acolhimento dos conteúdos internos Ligação – entrega do conteúdo interno – lugar de continência	Importância do apoio do grupo/novas perspectivas

As vivências das ats em relação à supervisão apontam para um lugar de continência dos conteúdos que emergem no trabalho de AT. A at Flor de Campo e Margarida destacam a importância da força do trabalho grupal.

**Quadro 11E - Quadro de comparação das definições de AT para as ats**

<b>Categorias</b>	<b>at – Flor de Campo</b>	<b>at – Hortência</b>	<b>at – Copo de Leite</b>	<b>at – Margarida</b>
Definição de AT	Crescimento profissional e pessoal Mudança de olhar para o ser humano e para o mundo	Ampliação do olhar Aprendizado da escuta	Busca de preenchimento do vazio, encontro com as necessidades	Fazer junto, concretizar, Atuar com o outro



No que diz respeito às definições do AT, tomando-se por base o conjunto das descrições obtidas nos relatos de todas as ats entrevistadas, pode-se compor a seguinte definição geral:

“O AT é uma prática generalista, intensa, dispositivo integrante da vida diária, aquele que faz junto, busca preencher o vazio, compartilha as necessidades e finaliza metas. Experiência que possibilita a ampliação do olhar profissional, a aprendizagem da escuta terapêutica, prática geradora de crescimento pessoal e profissional, promotora de mudanças na forma de olhar o ser humano e o mundo” (Flor de Campo; Hortência; Copo de Leite; Margarida).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram pesquisadas as vivências de pacientes, familiares e ats, bem como as funções desempenhadas pelos ats e os resultados do processo de Acompanhamento Terapêutico em cinco estudos de caso atendidos nesta modalidade clínica pela equipe Essência de Acompanhamento Terapêutico de Araçatuba (SP).

As vivências reveladas pelos pacientes mostram que os cinco acompanhados aderiram ao processo de AT e vivenciaram este dispositivo clínico como espaço acolhedor para suas angústias e sofrimento. Dois dos acompanhados, Heremita e Adonís, revelaram como vivência inicial, uma sensação de constrangimento e vergonha, mas que logo desapareceu e deu lugar à vivência de acolhimento, pertencimento e segurança.

O AT foi vivenciado por estes pacientes como lugar de entendimento e compreensão dos seus conteúdos internos, alívio para os momentos de fissura, lugar de lazer, exploração dos desejos e ambientes, além de suporte para os demais tratamentos. Vivências como orientação, confiança, presença, conforto, acolhimento, direção, apoio, alicerce, contentamento, segurança, amparo, gratidão, prazer, suporte, relaxamento e bem estar foram as retratadas por todos neste estudo.

Nas vivências das ats percebeu-se que, apesar do encantamento e da experiência positiva que é fazer a clínica do AT, além das sensações de prazer, satisfação e transformação, esta é uma prática que suscita medo, tensão, preocupação, impotência, e que exige daquele que a exerce, grande potencial de acolhimento e continência.

As vivências dos familiares envolvidos nos processo de AT estudados apontam para a prevalência da figura materna como membro implicado em seu desenvolvimento. Os dados das vivências maternas mostraram-se ambivalentes. Se, por um lado, a figura do at aparece como representante de acolhimento, companheirismo e proteção, por outro lado, ela aparece como geradora de sentimentos de invasão e desconfiança. O discurso das ats mostra que acompanhar não implica só em bem estar, mas também em angústias, medos, insegurança e dúvidas permeando todo o processo.

O processo de AT, segundo os entrevistados, mostrou ser agente da escuta do singular, e de continência, modelo de identificação, lugar de referência para a construção da

subjetividade. Exerce as funções de *holding* e constância do objeto, sendo continente dos conteúdos internos e depositário das angústias primitivas, propiciando um terreno mais ameno para as experiências delirantes persecutórias dos pacientes psicóticos. Como ego auxiliar auxilia o enfrentamento dos sintomas positivos da esquizofrenia, e é agente promotor de mudança, além de depositário das angústias da família. Ao mesmo tempo, atua como elemento ameaçador da homeostase patológica do sistema familiar, mediando desejos, auxiliando na conexão com o real e na busca de recursos de enfrentamento. Suas amplas funções ainda incluem a mediação do pensamento, o acolhimento nos momentos de recaídas, a adesão aos demais tratamentos e o fortalecimento egóico, sendo lugar de direção e orientação, catalizador das angústias, facilitador da aderência ao tratamento, mediador dos conflitos familiares, agente promotor de outras formas de prazer, articulador da rede de saúde, continente dos conteúdos familiares e reconstrutor de objetivos e metas. Sua ação facilita o encontro terapêutico, mediando à rede de saúde, articulando a ressocialização e o resgate das potencialidades e funções psíquicas, auxiliando, assim, no resgate da vida.

Para os entrevistados, o acompanhamento terapêutico trouxe melhora e bem estar, mudança de percepção da doença, reconhecimento e valorização das capacidades, reorganização financeira, diminuição das alucinações e delírios em pacientes psicóticos, maior contato com a realidade, apropriação da função materna, resgate de habilidades, rompimento da crença familiar cristalizada em relação à doença, início de valorização e credibilidade, maior conscientização dos sintomas da esquizofrenia e dos efeitos colaterais das medicações, retorno das atividades de lazer, reorganização das atividades de vida diária e prática, busca de independência, resgate da subjetividade, controle dos impulsos, capacidade de organização, resgate da autoconfiança, ajuste da medicação, prevenção da internação, conscientização da importância de pedir ajuda, melhora nos conflitos familiares, resgate da capacidade de controle e autocrítica, aderência ao tratamento, reinserção social, busca de espiritualidade, início de conscientização da família em relação à patologia do acompanhado, maior controle no uso de drogas, melhora na relação familiar, melhora na comunicação, qualidade de vida, diminuição do estresse, busca de recomposição familiar, autoconfiança, maior sinceridade, busca de si mesmo e fortalecimento da relação conjugal, ampliação social e enfrentamento das limitações impostas pela doença, segurança, e maior contato com o mundo externo.

O processo de AT consolidou-se como um lugar de ancoragem para as mais diversas angústias, sendo que, no discurso das ats, foi possível identificar vivências de preocupação quanto à constituição deste local de ancoragem, capaz de ser continente para o que nele necessita ser contido. O espaço de supervisão foi referenciado como oportunidade para a troca grupal e ponto de ancoragem para suas próprias angústias durante o processo. Os resultados obtidos no estudo indicam o AT como modalidade clínica relevante vista que, além de auxiliar no resgate de funções comprometidas pelo adoecimento, configurou-se em um dispositivo que privilegia a força criativa transformadora que habita o ser em desenvolvimento. Neste mesmo sentido, o discurso das ats em contato com essa prática clínica também configurou-se em um terreno fértil para o desenvolvimento profissional e a transformação pessoal.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, S. C. S.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des) cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Fam. Saúde Desenvolv.**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 171-180, 2005.
- ALMEIDA, B. H. M. Que Paris é esse? Fragmentos clínicos. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 79-103.
- ALVARENGA, C. **Trânsitos da clínica do acompanhamento terapêutico (AT): da via histórica à cotidiana**. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-‘TRPOT.tm’**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 830 p.
- AZEVEDO, T.; DIMENSTEIN, M. O acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3 p. 658-671, dez. 2008.
- BARBOSA, A. C. Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 27-37.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
- BARRETO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco, 1998. 210 p.
- BARRETO, K. D. Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997. p. 241-268.

BENEVIDES, L. L. M. G. **A função da publicização do acompanhamento terapêutico na clínica**: o contexto, o texto e o foratexto do AT. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

BERLINCK, L. C. O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 90-96, 2010.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-32, 2009.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

BRAGA NETO, L. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997. p. 101-108.

BRANDALISE, F.; ROSA, G. L. Estratégias clínicas: a construção de projetos terapêuticos e o acompanhamento terapêutico - at na atenção psicossocial. **Cad. Bras. Saúde Ment.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 150-161, out./dez. 2009.

CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Ed. Santos, 2003. 681 p.

CAMARGO, R. F. Espaço e estrutura: o caso urbano. **Mental**, Barbacena, v. 2, n. 2, p. 55-65, jun. 2004.

CANONGIA, A. I.; TEIXEIRA, S. R. L. P. O recurso terapêutico do acompanhamento visibilizado no (en)canto. **Pulsional Rev. Psicanal.**, São Paulo, v. 15, n. 162, p. 11-14, out. 2002.

CARNIEL, A. C. D. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARNIEL, A. C. D.; PEDRÃO, L. J. Contribuições do acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental. **Rev. Eletron. Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 63-72, 2010.

CARROZO, N. Acompanhando a formação de uma equipe. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-20.

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?** 2002. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2002.

CHABERT, C. **A psicopatologia no exame de Rorschach**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. 179 p.

COELHO, C. F. M. **Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de acompanhamento terapêutico de crianças autistas**. 2007. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2007.

COIMBRA, C. M. B. Desenvolvimento sociocultural e político (60-80) e Meios psicoterápicos. In: CIORNAI, S. **25 anos depois: gestalt-terapia, psicodrama e terapias neo-reichianas no Brasil**. São Paulo: Agora, 1995. p. 60-80.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciênc. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 205-215, 2009.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F.; BTESHE, M. Por uma tentativa de situar o acompanhamento terapêutico entre a psicanálise e a psiquiatria comunitária. **Rev. AdVerbum**, Campinas, v. 4, n. 2, p. 59-63, ago./dez. 2009.

FERREIRA, M. P.; LARANJEIRA, R. R. Dependência de substâncias psicoativas. In: ITO, L. M.; LOTUFO NETO, F.; ROSA, M. C.; WIELENSKA, R. **Terapia cognitivo-**

**comportamental para transtornos psiquiátricos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 105-121.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 763-772, out./dez. 2008.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico: criatividade no cotidiano. **Psyche**, São Paulo: v. 10, n. 18, p. 81-90, set. 2006.

FOCCHI, G. R. A.; LEITE, M. C.; LARANJEIRA, R.; ANDRADE, A. G. **Dependência química: novos modelos de tratamento.** São Paulo: Roca, 2001. 165 p.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM - IV.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. 419 p.

GAVIOLI, C.; RANOYA, F.; ABBAMONTE, R. A prática do acompanhamento educacional na inclusão escolar: do acompanhamento do aluno ao acompanhamento da escola.. In: COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 3., 2001, São Paulo. **Proceedings online...** Available from:

<[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032001000300020&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300020&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 12 out. 2010.

GUERRA, A. M. C; MILAGRES, A. F. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. **Estilos Clín.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 60-83, dez. 2005.

HERMANN, M. C. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário.** 2008. 258 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HERMANN, M. C. O significativo e o real na psicose: ferramentas conceituais para o acompanhamento terapêutico. **Estilos Clín.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 132-153, dez. 2005.

IAMIN, S. R. S.; ZAGONEL, I. P. S. A ética permeando o acompanhamento terapêutico de adolescentes com câncer. In: ENCONTRO DE BIOÉTICA DO PARANÁ, 1., 2009, Curitiba. **Anais ...** Curitiba: Champagnat, 2009.



JERUSALINSKY, J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. **Pulsional Rev. Psicanal.**, São Paulo, v. 15, n. 162, p. 32-41, out. 2002.

KALINA, E. **Clínica e terapêutica de adicções**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 160 p.

KALINA, E.; KOVADLOFF, P. M.; SERRAN, J. G.; CESARMAN, F. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 232 p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 296 p.

LANCETTI, A. A amizade e o acompanhamento terapêutico. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 21-26.

MAIA, S. M. O acompanhamento terapêutico como uma técnica de manejo. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 29-40, set. 2006.

MARAZINA, I. Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991. p. 119-124.

MAUER, S. K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. Campinas: Papyrus, 1987. 164 p.

METZGER, C. A transferência no acompanhamento terapêutico. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 173-187.

MOREIRA, J. O. Matrizes históricas do acompanhamento terapêutico: raízes e conceituação. **Pulsional Rev. Psicanal.**, São Paulo, v. 16, n. 173, p. 48-59, set. 2003.

OLIEVENSTEIN, C. **Droga**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 143 p.

OLIVEIRA, J. C. R. A prática clínica do acompanhante terapêutico ligado ao trabalho de orientação profissional. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 123-132.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Orgs.). **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília: Gráfica Brasil, 2001. p. 58-61.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS, 2004. 151 p.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006.

PALOMBINI, A. L. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal: Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 295-318, maio/ago. 2009.

PALOMBINI, A. L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto**: a cidade. 2007. 247 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PALOMBINI, A. L.; CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. **Estilos Clín.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 32-59, dez. 2005.

PARAVIDINI, J. L. L.; ALVARENGA, C. Acompanhamento terapêutico (AT) e saberes psicológicos: enfrentando a história. **Gerais: Rev. Interinstitucional Psicol.**, São João del-Rei, v. 1, n. 2, p. 172-188, 2008.

PARRA, L. S. **Atando laços e desatando nós**: reflexões sobre a função do acompanhamento terapêutico na inclusão escolar de crianças autistas. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em

Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2009.

PEIXEIRO, M. H. A clínica do acompanhamento terapêutico: intervenções quando a recusa toma a cena. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 67-80, set. 2006.

PELLICCIOLI, E.; GUARESCHI, N.; BERNARDES, A. **O trabalhador da saúde mental na rede pública: o acompanhamento terapêutico na rede pública**. 2004. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/busca.php?action=find>> Acesso em: 12 out. 2010.

PITIÁ, A. C. A. Acompanhamento terapêutico e psicoterapia corporal: o olhar sobre o corpo de quem sofre. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO, 4.; ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., Foz do Iguaçu, Paraná. **Anais...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004. 1 CD-ROM.

PITIÁ, A. C. A. **Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção**. 2002. 153 f. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 67-77, jul./set. 2009.

PITIÁ, A. C. A.; SANTOS, M. A. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005. 269 p.

PITIÁ, A. C. A.; SANTOS, M. A. O acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n2/v2n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2010.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: HERSEN, M.; EISER, M.; MILLER, W. (Orgs.). **Progress in behavior modification**. Sycamore: Sycamore Press, 1992. p. 184-214.

PULICE, G. O.; MANSON, F.; TEPERMAN, D. Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 12-31, 2005.

PULICE, G. O.; ROSSI, G. **Acompañamiento terapéutico**: aproximaciones a su conceptualización-presentación de material clínico. Buenos Aires: Polemos Editorial, 1997. 161 p.

REBELLO, L. Ampliação de sentidos: um paralelo entre a psicologia hospitalar e o acompanhamento terapêutico. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 143-155.

RIBEIRO, A. M. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 14, n. 1, p. 73-83, jan./abr. 2009.

ROLNIK, S. Clínica nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991. p. 83-97.

SAFRA, G. Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 13-20, set. 2006.

SANTOS, L. G.; MOTTA, J. M.; DUTRA, M. C. B. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 497-514, set. 2005.

SANTOS, R. G. A inserção do acompanhamento terapêutico em um modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos. **Cad. Bras. Saúde Mental.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/15\\_Ricardo\\_Gomes\\_Santos.pdf](http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/15_Ricardo_Gomes_Santos.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2010.

SANTOS, R. G. Primeiros fios. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 9-13.

SILVA, A. S. T. **A emergência do acompanhamento terapêutico: o processo de constituição de uma clínica.** 2005. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, A. S. T.; SILVA, R. N. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 210-221, 2006.

SIMÕES, C. H. D. **A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica.** 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VAN DEUTEKOM, J. C.; VAN OMMEN, G. J. Advances in Duchene muscular dystrophy gene therapy. **Nat. Rev. Genet.**, London, v. 4, n. 10, p. 774-783, Oct. 2003.

VARELLA, M. R. D.; LACERDA, F.; MADEIRA, M. Acompanhamento terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 129-140, set. 2006.

VELOZO, R. S.; SERPA JUNIOR, O. D. O acompanhamento terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 318-338, jun. 2006.

YAGIU, H. Considerações sobre a formação no acompanhamento terapêutico. In: Congresso Internacional, 2.; Congresso Iberoamericano, 3.; Congresso Argentino de Acompañamiento Terapêutico, 5., 2007, Bahia Blanca, Argentina. **Anais...** Bahia Blanca: Universidad Nacional Del Sur, 2007.

YAGIU, H. Projetos no acompanhamento terapêutico: apontamentos para elaboração. In: SANTOS, R. G. (Org.) **Textos, texturas & tessituras no acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 157-172.

ZACHI, E. C. **Avaliação neuropsicológica de pacientes com distrofia muscular de Duchenne.** 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ZILBERLEIB, C. M. O. V. **O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites**. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para os acompanhantes terapêuticos**

Idade:

Grau de Instrução:

Profissão:

- 1) Há quanto tempo exerce o trabalho de acompanhamento terapêutico?
- 2) Como soube deste trabalho?
- 3) O que a motivou para a inserção nesta modalidade clínica de intervenção?
- 4) Como foi iniciar este trabalho? Fale um pouco do seu percurso, dos sentimentos e vivências que este trabalho proporciona.
- 5) Em relação ao paciente, com se deu o encaminhamento?
- 6) Quais eram as demandas apresentadas que justificam a inserção deste paciente no AT ?
- 7) Quais as metas que o trabalho pretendia alcançar?
- 8) Quais foram as ações e atividades exercidas com este paciente?
- 9) Quais as metas que foram alcançadas?
- 10) O que não foi possível realizar nesse projeto?Justifique.
- 11) Houve desligamento ou ele/ela ainda esta em atendimento? Se sim, como foi? Se não, quais as próximas etapas do projeto?
- 12) Qual foi o papel da supervisão?
- 13) Como você define o trabalho do AT?
- 14) Pense em contribuições que você acredita poder auxiliar esta prática.



## **APÊNDICE B - Roteiro de entrevista destinado ao paciente**

### **I - Dados Gerais**

- 1 Sexo
- 2 Idade
- 3 Estado civil
- 4 Encaminhamento
- 5 Nível de escolaridade
- 6 Atividade profissional
- 7 Nível sócio-econômico
- 8 Queixa
- 9 Diagnóstico

### **II - Como o paciente se vê no trabalho de acompanhamento terapêutico (AT)**

- 1 Como você soube do trabalho do AT?
- 2 Há quanto tempo está sendo atendido?
- 3 Como foi no início?
- 4 O que significa para você ser acompanhado por um AT?
- 5 Como você tem se relacionado com o acompanhamento?
- 6 Quais as atividades que vocês têm realizado juntos?
- 7 Quais os sentimentos que você vivencia com este trabalho?
- 8 Este trabalho tem ajudado você a viver melhor? Se sim, em que aspectos. Se não, por que.
- 9 Você já realizou ou realiza outro tratamento? Se sim, qual a diferença deste trabalho para o do AT?
- 10 O que você espera do acompanhamento?

### **III - Reorganização do paciente**

- 1 Houve alguma modificação em sua vida após o início do acompanhamento? Se sim, quais?

### **IV Relacionamento com a família**

- 1 Como era o relacionamento com a família, e como esta agora?
- 2 Como sua família reagiu com a presença do AT e como esta agora?

## **APÊNDICE C - Roteiro de entrevista destinado à família**

### **I - Dados gerais**

- 1 Sexo
- 2 Idade
- 3 Grau de parentesco
- 4 Estado civil
- 5 Nível de escolaridade
- 6 Atividade profissional
- 7 Encaminhamento
- 8 Nível socioeconômico

### **II - Como a família vê o trabalho de acompanhamento terapêutico**

- 1 Como você soube do trabalho de AT?
- 2 O que você entende sobre o trabalho de AT?
- 3 Qual o significado, as vivências e sentimentos de ter um parente atendido em AT?
- 4 Qual foi sua reação no início do trabalho?
- 5 Você se lembra de alguma situação referente ao trabalho que tenha te marcado? Se sim, relate.
- 6 Quais as ações e atividades que o AT realizou com seu parente e/ou com vocês?
- 7 Como foram estas atividades para você? Auxiliou em alguma coisa? Se sim, em que?
- 8 Este trabalho tem ajudado seu parente e vocês a viverem melhor? Se sim, em que aspectos. Se não, por que.
- 9 Seu parente já realizou ou realiza outro tratamento? Se sim, qual a diferença deste trabalho para o do AT?
- 10 O que você espera do acompanhamento terapêutico (AT)?

### **III - Reorganização da família a partir do trabalho de AT**

- 1 Houve alguma modificação em sua vida familiar após o trabalho de AT? Se sim, quais?

**IV - Relacionamento com o paciente**

1 Como era o seu relacionamento com o paciente e, como está agora?

Se houve mudanças, essas foram positivas ou negativas?

Quais foram às mudanças?

# **ANEXOS**

## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, DO AT OU RESPONSÁVEL LEGAL

<b>Nome do Paciente /AT ou Familiar</b>			
<b>Doc. Identidade nº</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Data de Nascimento</b>
<b>Endereço</b>			<b>Cidade</b> <b>U.F.</b>
<b>Telefone:</b>		<b>CEP:</b>	

<b>Responsável Legal</b>			
<b>Doc. Identidade nº</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Data de Nascimento</b>
<b>Endereço</b>			<b>Cidade</b> <b>U.F.</b>
<b>Natureza (grau de parentesco):</b>			

### II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

<b>Título do protocolo de pesquisa:</b> <b>A CLÍNICA NO ESPAÇO PÚBLICO: VIVÊNCIAS DOS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE AT</b>		
<b>Pesquisador responsável: Simone Pantaleão Macedo.</b>		
<b>Cargo/função:</b> <b>Pesquisadora.</b>	<b>Inscr.Cons. Regional:</b> <b>06/41307-2</b>	<b>Unidade ou Departamento do Solicitante:</b> <b>Departamento de Pós Graduação da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” (UNESP) – Bauru.</b>
<b>Avaliação do risco da pesquisa:</b> (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SEM RISCO</b>	<b>RISCO MÍNIMO</b>	<b>RISCO MÉDIO</b>
<input type="checkbox"/> <b>RISCO MAIOR</b>		

**Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar)**

O acompanhamento terapêutico (AT) tem se configurado em um dispositivo terapêutico de importante relevância em situações de dificuldade de inclusão social, seja por problemas relativos ao próprio sujeito e sua família ou àqueles gerados por sua rede social. O objetivo geral da presente pesquisa é investigar as vivências dos acompanhantes terapêuticos, familiares e pacientes inseridos na modalidade clínica de AT. A pesquisadora pretende desenvolver esta pesquisa entrevistando os acompanhantes terapêuticos, os pacientes e familiares inseridos nos projetos de acompanhamento terapêutico desenvolvidos pelo Grupo Essência na cidade de Araçatuba, a fim de investigar as vivências dos participantes desta modalidade de intervenção e os possíveis resultados desta modalidade clínica. Esta pesquisa mostra-se relevante na medida em que pretende sistematizar uma prática que contextualiza e outorga a importância ética do direito à cidadania, além de se propor a sistematizar uma modalidade clínica em ampliação na área da saúde, incluída na grade curricular de diversos cursos de graduação em Psicologia.

**Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: (explicitar)**

Os sujeitos serão convidados a participar da presente pesquisa.

As entrevistas serão realizadas individualmente por uma psicóloga e AT colaboradora e gravadas em áudio para posterior transcrição. Os dados serão transcritos, categorizados e analisados.

**Desconfortos e riscos esperados: (explicitar)**

Nada a declarar.

**7. Benefícios que poderão ser obtidos: (explicitar)**

Poderão ser beneficiados tanto os profissionais quanto os participantes da pesquisa uma vez que o uso da comprovação dos efeitos desta terapia poderá ser aprimorado.

**Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: (explicitar)**

Nada a declarar.

**Duração da pesquisa:**

Dois anos.

### III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo.

2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de

meu tratamento.
3. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.
4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitada, ainda que possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa.
5. Recebi esclarecimento sobre a disponibilidade de assistência no caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa.
Observações complementares.

#### **IV - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de integrante, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

, de de 2011.

---

Assinatura

## ANEXO B - Comitê de Ética em Pesquisa

