

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

ANANDA KENNEY DA CUNHA NASCIMENTO

**Implicações da Ação Clínica dos Acompanhantes Terapêuticos
nas Redes Sociais da Cidade de Recife- PE**

Recife

2012

ANANDA KENNEY DA CUNHA NASCIMENTO

**Implicações da Ação Clínica dos Acompanhantes Terapêuticos
nas Redes Sociais da Cidade de Recife- PE**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco como
parte dos requisitos para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica, pela linha de
pesquisa Práticas Psicológicas Clínicas em
Instituições.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas.

Recife

2012

N244i Nascimento, Ananda Kenney da Cunha
Implicação da ação clínica dos acompanhantes
terapêuticos nas redes sociais da cidade do Recife-PE /
Ananda Kenney da Cunha Nascimento; orientador
Marcus Túlio Caldas, 2012.
126 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado
em Psicologia Clínica, 2012.

1. Psicologia clínica. 2. Acompanhamento terapêutico.
3. Fenomenologia existencial. 4. Redes de relações sociais.
5. Hermenêtica. I. Título.

CDU 159.964.2

Nome: Ananda Kenney da Cunha Nascimento

Título: Implicações da Ação Clínica dos Acompanhantes Terapêuticos nas Redes Sociais da Cidade de Recife- PE

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco como
parte dos requisitos para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica, pela linha de
pesquisa Práticas Psicológicas Clínicas em
Instituições.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho às pessoas que vêm sendo meus fiéis *acompanhantes* no decorrer de minhas andanças: às três mulheres que se preocupam comigo no sentido mais solícito de cuidar do outro, aos integrantes do meu grupo de formação por me proporcionar o sentimento de pertença, a partir de vínculos profissionais, amistosos e fraternos, e ao orientador-guia-mestre-educador desta produção. Também o dedico aos antes chamados amigos qualificados, atendentes psiquiátricos e auxiliares psiquiátricos; aos hoje profissionais acompanhantes terapêuticos ou em formação, bem como aos futuros; e aos acompanhados, para que possamos continuar essa trajetória.

Agradecimentos

Inicialmente, a Deus por iluminar meus caminhos e me acompanhar, nos mais íntimos e solitários momentos.

Às minhas mães AnaS – Ana Lúcia (mãe) e Ana Luzia (tia) – por terem me proporcionando uma configuração familiar distinta da tradicional, por agirem como mulheres guerreiras, assumindo funções necessárias para minha constituição como pessoa, para que eu possa, atualmente, estar implicada enquanto pessoa e profissional na ação de cuidar do outro que se encontra em sofrimento e que se abre a esse cuidado.

À Alanna, simplesmente por ser minha irmã mais velha, o que nunca foi tarefa fácil, por isso te agradeço pelos teus ensinamentos e afagos. Também pela tua objetividade, amabilidade e companheirismo.

A Marcos Cahú, por me apresentar a clínica do Acompanhamento Terapêutico sem distorções, desde sua origem, com sua importância, especificidade e encantamento; por me proporcionar momentos profundos de entrega pessoal para exercer essa profissão nos momentos de estudo teórico e supervisão; e, por se permitir estar lançado no emaranhado construído pela nossa relação.

Ao meu grupo de formação que ao longo desse percurso vivenciou algumas perdas, mas que hoje, em menor número e com muita qualidade, estamos concluindo essa árdua tarefa de tornarmos Acompanhantes Terapêuticos. A vocês: Amália, Fabíola, Júlia, Thayrine, Ana Marta, Sylvinha, Marcos e Milena – que nunca deixou de se fazer presente mesmo na ausência –, muito obrigada por compartilharem comigo esses anos intensos de construções e produções. Seguiremos em frente!

A Marcus Túlio, orientador desse trabalho, com quem compreendi o sentido de produção – que diz de um levar à diante, criar – e com ele também aprendi que devemos investigar a

etimologia das palavras e, fazendo esse exercício, descobri que desse verbo “produzir” foi gerada a palavra “educar” e foi isso que fizestes ao longo dessa trajetória: me guiastes para fora de mim mesma, apresentando novos conhecimentos, me propondo desafios e me acompanhando nos momentos de angústias e conquistas. Ao senhor e à sua senhora, Rosa, muito obrigada pelo acolhimento e ensinamentos afetuosos.

A Walfrido que também se empenha nessa tarefa de educar e vem acompanhando minha trajetória acadêmica desde a graduação. Porém nesse caminhar se tornou bem mais que professor, orientador e coordenador de curso, pois nossos laços foram se estreitando e hoje é um amigo querido e também colega de profissão.

À Prof^ª Albenise que me acompanhou com seus olhos cuidadosos, me acolheu com sorriso nos lábios e palavras carinhosas.

À minha psicoterapeuta, Mércia Albuquerque, por ilustrar do modo mais sublime e afável, não só o que é acompanhar, mas *como* se oferece uma atenção cuidadosa liberadora, a qual favorece condições para que alguém, assim como eu, se implique no exercício do cuidado de si.

À Amanda Albuquerque, uma verdadeira amiga qualificada, que muito me auxiliou e me acompanhou nos últimos momentos dessa caminhada.

A Regenilson Veras, um amigo também qualificado, que me presenteou com seu olhar atento e minucioso.

Aos participantes voluntários que colaboraram com a construção desse trabalho, acolhendo de imediato a proposta e se disponibilizando a compartilhar de suas experiências comigo, com os outros colegas de profissão e com o meio científico. Vocês foram muito gentis.

Ao meu primeiro acompanhado terapeuticamente que tem me proporcionado diversos momentos de aprendizagem pessoal e profissional, pois todo esse conhecimento teórico só pôde adquirir sentido a partir do entrecruzamento com a vivência dos nossos encontros, das

nossas andanças, nas quais muitas vezes trocamos de função: ora eu o acompanho ora eu sou acompanhada. E isso tudo diz da potência da ação acompanhar, a qual não ocorre unilateralmente.

Aos meus colegas da 13ª turma do mestrado, alunos e mestres, com os quais tive o privilégio de compartilhar momentos únicos de emoção, desespero, angústia, produção, invenção e superação. Em especial, agradeço e destaco a companhia alguns que compõem a linha de pesquisa da qual faço parte: Profª Carmem Barreto, Profª Ana Lúcia Francisco, Prof. Marcus Túlio, Ana Maria, Cícero Fonseca, Leilane Paixão, Ana Noriko e Andréa Biselli.

E, por fim, venho agradecer a todos e a todas que contribuíram direta ou indiretamente com minha trajetória de vida que não citei aqui, mas que fazem parte da minha tradição, da minha história, da minha trajetória e, portanto, eu reconheço que cada um contribuiu para o cumprimento de mais essa etapa.

– A gente só conhece bem as coisas que
cativou – disse a raposa. – Os homens não têm
mais tempo de conhecer coisa alguma.
Compram tudo já pronto nas lojas. Mas, como
não existem lojas de amigos, os homens não
têm mais amigos. Se tu queres um amigo,
cativa-me!

(Saint-Exupéry, 1943/2009, p. 67)

Resumo

Nascimento, A. K. C. (2012). *Implicações da Ação Clínica dos Acompanhantes Terapêuticos nas Redes Sociais da Cidade de Recife-PE*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Esta pesquisa teve como objetivo geral: compreender a ação clínica dos Acompanhantes Terapêuticos (Ats), em suas diferentes possibilidades, nas redes sociais da cidade de Recife-PE e, como objetivos específicos: descrever a atividade dos Acompanhantes terapêuticos como modalidade de ação clínica; descrever as diferentes possibilidades de ação clínica dos Acompanhantes terapêuticos e compreender a experiência dos Acompanhantes terapêuticos em sua ação clínica. Realizamos um estudo de natureza qualitativa, de cunho fenomenológico existencial. Como instrumento metodológico foi utilizada a narrativa colaborativa. Em um primeiro momento, individualmente, cada participante se expressou livremente. Em um segundo momento, realizamos um encontro grupal com os mesmos participantes, onde foi solicitado a estes que se dispusessem à conversação sobre suas experiências uns com os outros, favorecendo uma possibilidade de encontro entre eles. Participaram 5 (cinco) Ats que têm experiência, em Recife-PE, com pessoas em sofrimento psíquico, físico ou ambos com dificuldade de inserção social. No processo de interpretação dos dados fizemos uso da hermenêutica filosófica de Gadamer, a qual fundamentou toda a trajetória desta pesquisa e que consiste no entendimento que toda compreensão do homem é uma interpretação das condições históricas advindas da tradição, da qual ele faz parte. Deste modo, chegamos a uma narrativa final que foi construída a partir do diálogo entre os participantes, a pesquisadora e os textos dos teóricos que embasaram esta pesquisa. Como resultados, a partir das narrativas, trouxemos a clínica do Acompanhamento Terapêutico em suas diferentes possibilidades de

ação clínica com as especificidades inerentes ao seu campo de atuação, a partir da experiência de quem a pratica. Nessa direção, percebemos que os Ats estão inseridos nos seguintes seguimentos de ação clínica: acompanhamento clínico a clientes, particular ou institucional, formação, supervisão e pesquisa. No entanto, constatamos que eles estão operacionalizando ações segregadas, com trabalhos desenvolvidos em pequenas equipes. Por outro lado, os Ats demonstraram almejar uma organização, através de uma vivência grupal, que objetiva incluir e agregar a classe de profissionais que estão atuando no campo. Essa perspectiva aponta para a busca de um lugar cada vez mais delimitado, o que inclui organização, institucionalização, formalização e profissionalização dos Ats.

Palavras chave: Acompanhante terapêutico; ação clínica; redes sociais; hermenêutica.

Abstract

Nascimento, A. K. C. (2012). *Implications of Therapeutic Accompaniments' Clinical Action in Social Networks of Recife-PE City*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

This research had as general objective: understand the Therapeutic Accompaniments' (Ats) clinical action, in its different possibilities, in social networks of Recife-PE city, and as specific objectives: describe the activity of the Therapeutic Accompaniments as clinical action modality; describe the different possibilities of the Therapeutic Accompaniments' clinical action and understand the experience of the Therapeutic Accompaniments in their clinical action. We make a qualitative study with an existential phenomenological base. As instrument methodological was use the collaborative narrative. At the first moment, each participant expressed individually, themselves freely. In a second moment, were made a group meeting with the same participants, where they were requested to talk about their experiences with each other, favoring a chance of meeting between them. Five Ats who had experience in Recife-PE participated, with mental, physical or both suffering people with difficulty in social integration. When collecting and interpreting the data we used Gadamer's philosophical hermeneutics, which substantiate the whole trajectory of this research and that consists in the understanding that all human comprehension is an interpretation of the historical conditions stemming from the tradition of which he is part. Thus, we arrived at a final narrative that was constructed from the dialogue between the participants, the researcher and the texts of theorists who based this research. As results, from the narratives, bring the AT clinic in its different possibilities with the specificities inherent of their field, from the experience of those who practice it. In this direction, we realize that Ats are included in the

following segments of clinical action: clinical accompaniment to clients, private or institutional, formation, supervision and research. However, we found that they are operationalizing segregated actions with works done in small teams. On the other hand, the Ats aim an organization, trough a group experience, wich aims to include and aggregate the class of professionals who are working in the field. This perspective points to the persuit of an even more delimited place wich includes organization, institutionalization, formalization and professionalization of Ats.

Key-words: Therapeutic Accompaniment; clinical action; social networks; hermeneutics.

Resumen

Nascimento, A. K. C. (2012). *Implicaciones de la Acción Clínica de los Acompañantes Terapéuticos en la Ciudad de Recife-PE*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Esta investigación tuvo como objetivo general: la comprensión de la acción clínica de los Acompañantes Terapéuticos (Ats), en sus diferentes posibilidades, en las redes sociales en la ciudad de Recife-PE, y como objetivos específicos: describir la actividad de los Acompañantes Terapéuticos como modalidad de acción clínica; describir las diferentes posibilidades de acción clínica de los Acompañantes Terapéuticos y comprender la experiencia de los Acompañantes Terapéuticos en su acción clínica. Hicimos un estudio cualitativo de carácter fenomenológico existencial. Como instrumento metodológico fue utilizada la narrativa colaborativa. En un primer momento, de forma individual, cada participante puede expresarse libremente. En un segundo momento, se realizó una reunión de grupo con los mismos participantes, se pidió que estuvieran dispuestos a hablar sobre sus experiencias con los demás, lo que facilitó la posibilidad de encuentro entre ellos.

Participaron 5 (cinco) Ats que tienen experiencia en Recife-PE, con las personas en sufrimiento mental, físico o ambos con dificultad de integración social. En los procesos de recopilación y interpretación de los datos utilizamos la hermenéutica filosófica de Gadamer, que fundamentó toda la trayectoria de esta investigación y que es la comprensión de que todo conocimiento humano es una interpretación de las condiciones históricas derivadas de la tradición de la que forma parte. Así, llegamos a una narrativa final que fue construida a partir del diálogo entre los participantes, el investigador y los textos de los teóricos que embazaron esta investigación. Como resultados, a partir de las narrativas, llevamos la clínica del AT en

sus diferentes posibilidades con las especificidades de su campo, a partir de la experiencia de aquellos que practican. En este sentido, percibimos que los Ats se insertan en los siguientes segmentos de actuación clínica: acompañamiento clínico de los clientes, privado o institucional, capacitación, supervisión y investigación. Sin embargo, entendemos que están operacionalizando las acciones segregadas con trabajos realizados en pequeños equipos. Por otro lado, los Ats demostraron anhelan una organización, por medio de una experiencia de grupo, que pretende incluir y agregar la clase de profesionales que están trabajando en el campo. Esta perspectiva apunta a la procura de un lugar cada vez más delimitado, que incluye organización, institucionalización, formalización y profesionalización de los Ats.

Palabras-claves: Acompañamiento Terapéutico; acción clínica; redes sociales; hermenéutica.

Sumário

Apresentação	17
1 Acompanhamento Terapêutico: da Urgência de um Dispositivo a uma Modalidade de Ação Clínica.....	24
1.1 Loucura e Saúde Mental: das Instituições Totais à Rede Social	24
1.2 O Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo.....	35
1.3 Acompanhamento Terapêutico: da Inspiração a uma Modalidade de Ação Clínica.....	40
2 Acompanhamento Terapêutico: um Quadro Pintado a Muitas Mãos.....	49
2.1 Acompanhante Terapêutico: um Agente Terapêutico em Ação?	49
2.2 Acompanhamento Terapêutico na Atualidade: um Quadro em Busca de Moldura?	54
3 Uma Trajetória Compreensiva	59
3.1 Participantes	61
3.2 Instrumento	62
3.3 Procedimentos de Coleta de Dados	63
3.4 Procedimento de Análise dos Dados	65
4 Conversa em Ação: a Clínica do Acompanhamento Terapêutico em Movimento	67
4. 1 Quem se Movimenta? Uma ProvocAÇÃO	67
4. 2 Lançados no Horizonte da Conversação: um Encontro Coletivo.....	85
5 Considerações Finais	97

Referências.....	102
-------------------------	------------

Anexos	109
---------------------	------------

Anexo A – Tradução do Código de Ética dos Acompanhantes Terapêuticos Desenvolvido pela Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA).....	109
--	-----

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
--	-----

Apresentação

Este estudo teve como objeto o Acompanhamento Terapêutico (AT) que elegi, por causa de inquietações, indagações, limites, encontros e encantamentos que venho experienciando, pelas andanças que tenho feito desde o ano de 2009, quando ainda era estudante do curso de graduação em Psicologia.

No ano citado acima, eu tive uma rica experiência como estagiária de uma equipe de Psicologia na área de saúde mental em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com pessoas em sofrimento psíquico. Experimentei algumas limitações no tratamento de alguns usuários do serviço; e neste momento percebi que “algo” ou “alguém” faltava, que fosse capaz de ir além dos muros da instituição, normalmente nos momentos de crise de alguns usuários; que tivesse disponibilidade para estar com eles fora do horário de funcionamento da clínica e, até mesmo, que se dispusesse a desempenhar algumas atividades mais específicas com algumas dessas pessoas.

Isto porque, perceptivelmente, alguns usuários do serviço ou já estavam no momento de se desligar do vínculo institucional ou necessitavam de uma atividade complementar mais ativa e pontual no seu projeto terapêutico singular.

Tomada por estas questões e em busca de novos modos de ação clínica que pudessem dar suporte a minha prática, participei do 1º Encontro Pernambucano sobre Acompanhamento Terapêutico que ocorreu em Recife-PE, também em 2009, para o qual fui levada pela curiosidade das palavras-chave de um cartaz, quais sejam, clínica, inclusão psicossocial, cotidiano, alternativa de tratamentos, sem muros, acompanhamento terapêutico, interdisciplinaridade, atenção psicossocial.

Nesse encontro, conheci um pouco do exercício clínico de alguns Acompanhantes terapêuticos (Ats), o que me possibilitou uma (re) construção da minha visão e prática clínica

com pessoas em sofrimento psíquico. Eis o surgimento de uma nova reflexão, tanto para mim, como para os demais presentes: as perspectivas do AT.

Após o contato inicial, fiz o curso de formação em AT, com duração de 2 (dois) anos e meio, sob a coordenação do Acompanhante Terapêutico (At) e Psicólogo Clínico Marcos Cahú. Fiz parte da 9ª (nona) turma que se propôs a ingressar neste processo de aprendizagem, troca de experiências e aprofundamento das especificidades desta clínica que envolve afeto e que afeta.

Diante da trajetória percorrida, me senti instigada a contribuir com este campo de atuação e responsável por compartilhar meus conhecimentos adquiridos com as pessoas mais próximas, com o meio acadêmico e científico, em geral. Por isso, este trabalho foi sentido, pensado e escrito em decorrência desses encontros e afetações com o intuito de apresentar esta modalidade de ação clínica que ainda é desconhecida por alguns e mal compreendida por outros.

O AT é uma clínica recente, datada da década de 1960, criada na Argentina pelo Dr. Eduardo Kalina, psiquiatra argentino que chamou, inicialmente, o profissional que exerce esta prática clínica de “amigo qualificado”, nomenclatura que foi questionada pelo seu caráter amistoso e, com o intuito de se atingir o caráter terapêutico e profissional desejado, modificou-se para “acompanhante terapêutico”.

O AT, modalidade clínica, foi trazida para o Brasil, também na década de 1960, pelo Dr. Marcelo Blaya que teve sua formação nos Estados Unidos, praticou e ensinou a residentes na Clínica Pinel, em Porto Alegre, chamando a este profissional de “atendente psiquiátrico”. Pouco tempo depois, esta prática clínica chegou ao Rio de Janeiro, conduzida pela Dra. Carmem Dametto – psiquiatra brasileira e aprendiz do Dr. Marcelo Blaya –, aplicando-a na Clínica Villa Pinheiros. Chamou a este profissional de “auxiliar psiquiátrico”, nomenclatura que, posteriormente, também sofreu modificação, igualando-se à da Argentina.

Deste modo, o AT surge, expande-se e solidifica-se como uma possibilidade de modalidade de ação eminentemente clínica que busca viabilizar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo com a proposta de desospitalização, visto que este atua, predominantemente, nos momentos de crise dos pacientes, evitando internações. Acontece deste modo, porque o AT teve em seu nascedouro uma proposta mais voltada para pacientes psicóticos adultos. (Simões, 2005).

Por isso, Carvalho (2004) nos diz que

o Acompanhamento Terapêutico se apresenta como um recurso de vanguarda na atenção à saúde mental. O Acompanhamento terapêutico tem sido um importante recurso de tratamento em situações nas quais outras possibilidades de tratamento falharam ou mostraram-se insuficiente. (p. 22).

Atualmente, como afirma Carvalho (2004), o AT tem ampliado seu contexto de atuação, atendendo a uma vasta clientela, buscando engajar-se nas diversas redes sociais, ampliando seu território, conquistando-o por meio de suas intervenções clínicas que levam estas pessoas, de crianças a idosos, a sentirem-se não só pertencentes, mas também implicados na vida cotidiana e social, participando com mais autonomia na comunidade.

Quando nos referimos aqui a redes sociais,

Estamos falando do **princípio da intersetorialidade**, isto é, de estratégias que perpassem por **vários setores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo**. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da rede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem

articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatórios, hospitais gerais e especializados, etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdência social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social, etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos. (Amarante, 2007, p. 86, grifos nossos).

Nesse contexto, o profissional At assume a função de agente de saúde na vida cotidiana, atuando com uma postura ativa, sendo por vezes coadjuvante, outras vezes figurante e, quando necessário, protagonista, isto por ter como instrumento primordial a ação nos espaços onde ocorrem as diversas cenas que compõem as tramas da vida cotidiana. O que só é possível, pelo fato do At ter como especificidade de sua ação clínica o “setting ambulante” que permite o não afastamento do acompanhado do convívio social, de sua família, de sua casa e das atividades de lazer.

O At constitui-se num profissional diferenciado por proporcionar um trânsito fluido de dentro para fora das instituições, nas ruas, nos mais diferentes locais de lazer, na casa dos acompanhados. Perpassa, portanto, por vários setores sociais, buscando estabelecer vínculos

na sociedade, complementares aos recursos utilizados no interior dos serviços de atenção psicossocial, mas “sem perder a potência terapêutica e intencionalidade do encontro” (Carvalho, 2004, p. 62), por manter a referência e o enquadre, elementos que legitimam a relação entre acompanhante e acompanhado em qualquer espaço físico.

Diante da expansão deste campo de ação, nos deparamos com a ausência de publicações que cite a ação clínica desenvolvida pelos Ats na nossa cidade, foi esta ausência que nos permitiu, ao longo desta pesquisa uma indagação: Como está se desenvolvendo a prática clínica dos Ats nas redes sociais da cidade de Recife-PE?

Assim sendo, esta pesquisa teve como objetivo geral compreender a ação clínica dos Ats, em suas diferentes possibilidades, nas redes sociais da cidade de Recife-PE e, como objetivos específicos: descrever a atividade dos Acompanhantes terapêuticos como modalidade de ação clínica; descrever as diferentes possibilidades de ação clínica dos Acompanhantes terapêuticos; e, compreender a experiência dos Acompanhantes terapêuticos em sua ação clínica.

Para apreender a temática acima, faz-se necessário, inicialmente, nos preocuparmos como as pessoas explicam o mundo em que vivem e o descrevem, como nos diz Spink (2004). Será realizada uma pesquisa de campo para tornar possível o conhecimento mais aprofundado a respeito do tema a que esta pesquisa se propõe compreender, a partir da coleta de narrativas das experiências dos Ats, atores na realidade social, construtores de conhecimento e agentes de mudança social. Portanto, na perspectiva adotada nesta pesquisa, o conhecimento provém de uma construção social, a qual se dá, principalmente, por meio das práticas sociais, sendo assim, da **ação** surge o **conhecimento**.

Ampliando esta visão de como o conhecimento é construído, Andrade, Morato, e Schmidt (2007), partindo da perspectiva fenomenológica existencial, afirmam que este se dá a partir da **ação com o outro**. Assim, as teorias são compreendidas como uma via de reflexão

acerca desta ação, na qual o fio condutor é a própria situação interventiva, pois nesta visão o homem é parte do mundo, ou melhor, ele é para além, sendo mundo com outros, sendo assim, ele afeta e é afetado, em uma teia mutante de relações.

A fim de refletir sobre esta temática e fundamentá-la teoricamente, apresentamos, inicialmente, o cenário mundial em que o AT surgiu, momento este que o discurso predominante no campo da saúde mental era sobre os movimentos que buscavam reformas na psiquiatria e rupturas com o modelo psiquiátrico clássico hospitalocêntrico, os quais se contrapunham às práticas que tinham como principais características a exclusão, a cronificação e a violência.

Esse contexto que demandava ações emergenciais nos possibilitou a compreensão do AT como dispositivo, conceito este que foi trabalhado por Michel Foucault (1985) e vem sendo amplamente desenvolvido no campo do AT pelas argentinas Mauer e Resnizky (2011) na atualidade.

Posteriormente, apresentamos a trajetória do AT desde sua origem, incluindo as mudanças em sua nomenclatura e suas diferentes concepções, até a atualidade, compreendendo-o como uma modalidade de ação eminentemente clínica.

Para melhor compreendermos como se configura esta prática clínica, realizamos uma descrição desta atividade que vem sendo desenvolvida pelos profissionais Ats com suas especificidades, levando em consideração objetivos, clientela, funções do At e principais peculiaridades do AT.

Apresentamos também uma comparação dos novos rumos que o AT vem tomando na Argentina e no Brasil, analisando dados publicados entre 2004 e 2012.

Os principais autores que utilizamos como bibliografia básica, os quais discorrem sobre a especificidade deste campo de conhecimento e atuação que utilizamos foram: Cristiane Helena Dias Simões (2005), em sua dissertação de mestrado, intitulada por A

produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica, na qual realizou um apanhado teórico norteador para esta pesquisa, servindo de instrumento de consulta para ir direto à obra que aborda determinada temática do AT; as argentinas Suzana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky (1987, 2008, 2011) em algumas de suas obras que explicitam, principalmente, a origem do AT na Argentina e as especificidades desta prática clínica neste país, na atualidade; Sandra Silveira Carvalho (2004), em sua obra *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?*, que além de apresentar uma explanação da clínica do AT, aborda problemáticas relevantes na atualidade, no Brasil; e, Bustos e Frank (2011) que foram os organizadores da obra *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la clínica: Inscripción institucional* que traz o Código de Ética dos Ats elaborado pela AATRA – Asociación Acompañantes Terapéuticos de La República Argentina (Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina).

Com base nos autores susomencionados, entre outros que também serviram de referencial teórico para fundamentar este estudo, percebemos que a clínica do AT vivencia um processo de construção e consolidação, por isso propomos aos leitores, aos profissionais de saúde e aos Ats que concebam a fundamentação teórica do AT, neste trabalho, assim como fez o Dr. Eduardo Kalina em sua origem: que esta venha *a posteriori* da prática (Mauer & Resnizky, 2003/2008). Sendo assim, uma das características do AT que podemos citar é a possibilidade de ser referenciado teoricamente por múltiplos olhares.

Diante disto, este trabalho não pretende utilizar um autor ou uma abordagem teórica específica da Psicologia Clínica para nortear as discussões sobre o AT e a prática clínica dos Ats, mas sim, propor uma abertura a diversos modos de pensar esta clínica em construção, apresentando elementos de saberes distintos que se relacionam, pois têm afinidade entre si e são passíveis de aproximações e mediações.

1 Acompanhamento Terapêutico: da Urgência de um Dispositivo a uma Modalidade de Ação Clínica

1.1 Loucura e Saúde Mental: das Instituições Totais à Rede Social

Foi preciso ser louco para pensar,
sem se cobrar,
se a “loucura” vai passar ou permanecer.
Foi preciso ser louco para “viver”;
Viver a loucura de “ser”. (Autor anônimo).

O tratamento com os chamados transtornos mentais sofreu grandes mudanças a partir do final do século XIX. Mudanças essas que se confirmam em nossos dias. Antes o modelo psiquiátrico clássico hospitalocêntrico imperava, tendo como principais características: exclusão, cronificação e violência, o que provocava transformações dramáticas na vida das pessoas internadas, afetando-as em seus aspectos biológico, psicológico e social. (Amarante, 2007).

A dinâmica do hospital era estruturada para atender aos objetivos de controle, alienação e separação dos internos da vida social, muitas vezes aparecendo no esquema físico como portas fechadas, paredes altas, arame farpado, florestas, o que desencadeava um processo de isolamento, enfraquecimento da autonomia e da individualidade, gerando dependência da instituição e coisificação do ser, além de favorecer a estigmatização da pessoa que ia em busca (ou era levada forçosamente) de cura e se deparava com um tratamento que a distanciava ainda mais de sua reabilitação, entre outras coisas porque causava medo de reinserção no convívio social. (Goffman, 1961/1974).

Então, por ter caráter de fechamento, Goffman (1974/1961) nomeou o hospital psiquiátrico de instituição total, assim como outras instituições que tenham como características de funcionamento o atendimento a pessoas internadas que vivenciam situações semelhantes, por um período de tempo indeterminado, sob a imposição de uma vida fechada, separada da sociedade e controlada por uma equipe dirigente rigorosa e formal.

Deste modo, “a instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico.”. (Goffman, 1961/1974, p. 22). Entretanto, essas instituições não substituem algo já formado pela cultura, mas fazem com que ocorra um afastamento de algumas oportunidades de comportamento, constituindo o que o autor afirma ser a primeira *mutilação do eu* que vem a ser a separação entre o mundo externo ao hospital e os internados, os quais não desempenham mais seus papéis sociais, perdem sua identidade, tornando-se números e códigos de doenças, ganham roupas e pertences iguais e, portanto, estão passíveis a padronizações.

Assim sendo, o internado que antes desempenhava vários papéis no mundo externo ao hospital, passa por essa nova situação que o perturba e favorece com que passe por um processo de descaracterização e tenha diversas reações psicológicas à doença e ao adoecer.

Insta destacar que, embora alguns dos papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, outras perdas são irrecuperáveis.

Tais questões fizeram com que profissionais de saúde começassem a criticar tais práticas abusivas e entrassem em vigor discussões de caráter político-ideológico que articulavam sobre uma Reforma Psiquiátrica, a qual veio questionar a noção de saúde/doença mental e constituiu-se em um movimento cuja principal tentativa foi a de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, expandindo-se posteriormente para outros países, entre eles o Brasil. (Amarante, 2007).

Simões (2005) nos lembra que a movimentação político-ideológica das reformas psiquiátricas teve mais visibilidade desde as duas grandes Guerras Mundiais, pois a sociedade voltou o seu olhar para os hospitais psiquiátricos que em nada se diferenciavam dos campos de concentração. Sendo assim, reflexões começaram a serem realizadas, fermentando as primeiras experiências de reformas diante das constatações de absoluta falta de dignidade humana.

Amarante (2007) acrescenta que dentre várias experiências, destacam-se algumas que foram mais marcantes, devido ao caráter de inovação e impacto, tendo em comum: a oposição ao modelo psiquiátrico clássico, a luta pela desospitalização e a sustentação na teoria psicanalítica. O autor divide essas experiências em três grupos que se assemelham por suas crenças ideológicas, princípios e propostas, seguem-nos:

No primeiro grupo, estão a *Comunidade Terapêutica* – modelo inovador de tratamento psiquiátrico criado por Maxwell Jones, durante a década de 1950, na Inglaterra – e a *Psiquiatria Institucional* apoiada na Psicoterapia Institucional – iniciou na década de 1940 com François Tosquelles que desenvolveu um trabalho fecundo no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, no sul da França – que acreditavam que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e, portanto, a solução seria introduzir mudanças na instituição, focalizando na problematização das hierarquias e hegemonias que perpassam no trabalho em equipe, a fim de que a função terapêutica do hospital fosse resgatada.

O segundo grupo é composto pela *Psiquiatria de Setor* – iniciou em 1945, na França, pautada nas ideias de vários psiquiatras progressistas, principalmente, Lucien Bonnafé – e pela *Psiquiatria Preventiva* – desenvolvida nos Estados Unidos, na década de 1950, representada por Gerald Caplan – eram pautadas na crença de que o modelo hospitalar estava obsoleto e, por isso, deveria ser desmontado gradativamente e, em paralelo, deveriam ser construídos serviços assistenciais qualificadores do cuidado terapêutico, tais como: hospitais-

dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental, entre outros, em óbvia oposição ao modelo anterior.

Por fim, no terceiro grupo está a *Antipsiquiatria* – iniciou na Inglaterra, no final da década de 1950, e teve maior repercussão em 1960 com os notórios ideólogos Laing e David Cooper – e a *Psiquiatria Democrática* – começou no início da década de 1960, no norte da Itália, representada por Franco Basaglia, seguido por Franco Rotelli e outros jovens psiquiatras – consideravam o termo reforma inadequado, pois, de acordo com a etimologia da palavra, segundo o Instituto Antônio Houaiss (2007), essa significaria apenas uma mudança introduzida em algo para fins de aprimoramento e obtenção de melhores resultados; nova organização, nova forma; renovação.

Desse modo, tais movimentos puseram em xeque o modelo científico psiquiátrico clássico, questionaram as instituições assistenciais e propuseram a desconstrução do modelo psiquiátrico de tutela e exclusão, a substituição dos serviços de saúde mental e dos tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica.

E, de modo mais radical, recomendaram à estrutura social uma revisão de valores e de práticas excludentes e discriminatórias, numa tentativa de gerar uma nova relação entre loucura e sociedade e, de pôr a doença entre parênteses e não a pessoa doente. Isso para que a atenção dos profissionais de saúde estivesse voltada à pessoa em sua totalidade e complexidade e o trabalho em prol dela funcionasse de modo interdisciplinar e psicossocial. (Amarante, 2007; Alves, 2005).

Nesse período, na América do Sul, destacamos a contribuição do psicólogo social, psicodramatista e arquiteto argentino Alfredo Moffatt que aproximou as práticas dos serviços de saúde mental, até então elitistas, das comunidades populares, o que reverberou no Brasil, onde a assistência à saúde era realizada pela iniciativa privada ou através de filantropia, não

tendo o poder público responsabilidade sobre a saúde em geral. (Moffatt, 1991; Simões, 2005).

Com isso, os excluídos da sociedade, entre eles os loucos, os mendigos, os marginais, tinham como destino as prisões, as ruas ou as celas especiais das Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro. Diante dessa realidade, com o intuito de proporcionar um tratamento adequado aos loucos que estavam abandonados à própria sorte, foi fundado, em 1852, o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II, no Rio de Janeiro. (Alves, 2005; Oliveira, 2010).

No entanto, impressionada com o alto percentual de reinternações dos pacientes nesse hospital, a Dra. Nise da Silveira – psiquiatra brasileira, inspirada pela Psicologia analítica de C. G. Jung – criou, em 1956, a Casa das Palmeiras – instituição sem fins lucrativos, sem convênios, não caracterizada como fundação, com suporte para 20 clientes, em média – com o intuito de oportunizar o indivíduo em sofrimento psíquico a se reintegrar, através da intervenção da terapia ocupacional. (Mello, 2009).

Por oportuno, no final da década de 1970, eclodiu o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em um contexto de organização social e civil contra a ditadura militar. Particularmente o ano de 1978 foi marcado pela polêmica em torno da assistência pública à saúde mental, provocada por várias experiências sem grandes repercussões e pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). (Simões, 2005; Alves, 2005).

Esse último se preocupou com a desinstitucionalização, o modelo de atenção e o saber médico, aproximando-se mais dos usuários e de seus familiares, distanciando-se, por sua vez, de suas alianças com o Estado. Nos anos seguintes, o MTSM alcançou grande repercussão e liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta com caráter antimanicomial. (Simões, 2005).

Nos anos 1980, tais movimentos se consolidaram e provocaram inúmeras transformações cotidianas nas práticas, saberes e valores sociais e culturais. No entanto, a

partir do final desta década, “o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a doença mental, já que não bastava destruir o manicômio, sendo necessário superá-lo.” (Simões, 2005, p. 64).

Contudo, para firmar este processo, alguns acontecimentos foram decisivos, assim como nos diz Simões (2005), entre eles: a instituição do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a realização de uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospício privado) pela Prefeitura de Santos e o surgimento do projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado que desencadeou um conjunto de leis e foi transformada na Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, prevendo, principalmente, a extinção progressiva dos manicômios e a criação de serviços substitutivos.

Neste contexto, toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária, tendo em vista a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde. Tais ações culminam na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada – de caráter complementar – de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação. (Alves, 2005, p. 48).

Podemos afirmar que estas leis supramencionadas se constituíram como base para que novas leis, normas, decretos e pactos fossem elaborados e promulgados posteriormente, assim como a Lei nº 8.142/90 – lei complementar à Lei Orgânica da Saúde, a Norma Operacional Básica/96, a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde/2002, o Pacto Pela Saúde/2006, o decreto 7.508 de 28/06/2011, entre outros documentos que buscam uma

melhor operacionalização dos princípios e diretrizes que estão previstos na legislação vigente e, também, que buscam resolubilidade para as problemáticas que vêm encontrando a legislação brasileira. Conquistas essas que foram possíveis, principalmente, devido à inclusão do controle social – participação da comunidade – nas decisões no campo da saúde mental.

Nessa direção, no final do século XX, surgem os primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre eles os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III – transtorno, CAPSi – infantil, CAPSad – álcool e outras drogas), os NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas (atendimento de longa permanência em instituições asilares, voltado aos pacientes psiquiátricos que não têm possibilidade de restituir seus vínculos familiares) e os PSF – Programa Saúde da Família. (Simões, 2005; Alves, 2005).

Dentre as experiências inovadoras no Brasil, destacam-se: a Nossa Casa, em São Lourenço do Sul e a Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre, ambas no Rio Grande do Sul e o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira, em São Paulo, criado em 1987, mesmo ano em que aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. (Simões, 2005; Santos, Almeida, Venancio, & Delgado, 2000).

Conforme comentamos anteriormente, uma experiência precursora a esses movimentos que merece um lugar de destaque na história da loucura no Brasil é a da Dra. Nise da Silveira que data da década de 1940, isto é, muito antes do movimento da Reforma Psiquiátrica. Inconformada com os métodos de tratamento oferecidos aos doentes mentais da época, conseguiu desconstruir conceitos e ações relacionados ao cuidado em saúde mental, fundando, em 1946, a Seção de Terapia Ocupacional, no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Instalou atividades com caráter predominantemente expressivas, através da arte como recurso terapêutico, a qual permitia o acesso direto ao mundo interno dos pacientes, proporcionando maior autonomia a eles, o que contrariava a

opinião da psiquiatria da época, pois ela percebia o esquizofrênico destituído de afetividade e iniciativa. Entretanto, sua prática provou que era justamente pela via do afeto que se tornava possível a penetração no mundo fechado dessas pessoas, ajudando-as a se reaproximarem da realidade, isto por acreditar que o afeto é um fator estruturante da condição humana. Então, por fim, “como fruto do trabalho iniciado . . . foi criado, em 1952, o Museu de imagens do Inconsciente” (Oliveira, 2010, p. 33) no mesmo local.

Todas essas experiências demonstram tentativas de reestruturação da atenção em saúde mental, pois se tratam de mudanças na resposta social à loucura que trazem implicações de caráter ético, clínico, político e ideológico. (Furtado & Campos, 2005).

Entretanto, ainda há impasses entre os princípios e diretrizes que foram estabelecidos, pautados nestas alterações no campo da saúde mental, e o plano operacional executado nos novos serviços “de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade” (Pande & Amarante, 2011, p. 2068) que auxiliam a compor a rede social.

Apesar de todos os esforços, propostas e criação de serviços, autores, a exemplo de Desviat (1999/2008) e Rotelli, Leonardis, e Mauri (2001/1990), discutem sobre empecilhos no processo da reforma no campo da saúde mental, a qual está para além da reforma institucional. Pela sua complexidade, corroboramos a necessidade de acrescentar novos atores que possam atender às demandas existentes.

Pande e Amarante (2011) afirmam que, por haver impasses, embora tenham surgido novos serviços, ainda sim “retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a ‘nova cronicidade’, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização” (p. 2068), o que denota um desafio para o movimento desinstitucionalizador, pois o que se percebe é a evidente persistência da cronicidade nos doentes psiquiátricos, mesmo com o fechamento dos hospícios.

Salientamos que estamos concebendo o doente psiquiátrico crônico, assim como define Desviat (1999/2008, pp. 89-90): “aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e que afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social”.

Nessa direção, a produção da chamada ‘nova cronicidade’ pelas novas instituições, tem implicações diretas com a “dívida histórica para com o resultado de um passado malfadado da psiquiatria” (Desviat, 1999/2008, p. 89) e, portanto, ela se constitui como uma demonstração da falência da intenção de restituir o estatuto terapêutico do campo psiquiátrico, a qual “resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, *reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam.*” (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 1990/2001, p. 24, grifo dos autores).

Isso acontece, porque esse novo modelo de tratamento, ainda não rompeu em definitivo com o paradigma psiquiátrico clássico, com isso, os novos serviços assumem uma lógica empresarial e especialista que seleciona a demanda de acordo com a competência, o perfil do atendimento oferecido e as exigências do próprio serviço, o que “faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas”. (Rotelli et al., 1990/2001, pp. 22-24).

Partindo desta ideia, Rotelli et al. (2001/1990) entendem que esta problemática está pautada na lógica em que foi criado o sistema de saúde mental, o qual se desenvolveu junto ao hospital psiquiátrico e funciona como circuito, isto é, abandona o modo de funcionamento segregador das instituições totais e trabalham com a concepção

da “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas . . . O circuito é, entretanto, também uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos. Não por acaso, o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não são mais os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos com a desospitalização, mas os novos crônicos. (p. 23).

Compreendendo esse processo, Desviat (1999/2008) nos alerta que “torna-se cada vez mais evidente a cronicidade dos hospitais-dia, dos centros de reabilitação e até a cronicidade da crise . . . – a cronicidade “crítica” da demanda aguda nos serviços de emergência.”. (p. 92).

Frente a essa realidade é preocupante perceber que o fenômeno da cronicidade adquire uma nova roupagem, visto que um extenso grupo que não passou por asilos, uns tiveram hospitalizações breves em unidades psiquiátricas e outros não. Entretanto, ainda sim, vivenciam a dependência dos serviços de saúde mental, tal como os antigos crônicos das instituições totais.

Nesse contexto, demonstra-se cada vez mais a necessidade não só de instituições e programas para enfrentar a cronicidade grave e incapacitante, mas de profissionais, como o At, que realizem um trabalho complementar, atuando, de forma mais ativa, nesse processo. Desse modo, o que os autores estão chamando de ‘nova cronicidade’, trata-se de velhos procedimentos cronificadores em instituições que se pretendem transformadoras.

Diante dessa realidade, percebemos quão difícil é dar uma resposta a essas questões sem introduzir novos elementos de ruptura, dentre eles a clínica do AT. Pois, por mais revolucionária que seja uma instituição e por melhores intenções que tenha uma reforma, ela herdará uma série de problemas do modelo anterior. Assim sendo, é preciso que a reforma

prossiga, possibilitando outras rupturas que sejam clínicas, isto é, que favoreçam reflexões e mudanças de postura diante do cuidado com o outro.

Perante as diferentes perspectivas dos autores aludidos sobre a ‘nova cronicidade’, percebemos que há diversos caminhos para

transpor os princípios da reforma psiquiátrica para o plano das práticas, [o que se dá através de diversas vias, dentre elas estão] a educação permanente dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários no processo. (Furtado & Campos, 2005, p. 117).

No entanto, mesmo diante de um sistema complexo que está propenso a reproduzir a institucionalização, quando na prática seleciona, fragmenta, não se responsabiliza e abandona, precisamos atentar que, neste contexto, há um jogo de forças com diversas linhas de fuga. Assim sendo, “os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo” (Pande & Amarante, 2011, p. 2075), o que sinaliza que a reforma psiquiátrica está em processo, necessitando continuamente reformular suas intenções e propostas, favorecendo a operacionalização dessas.

Com base no panorama que compõe o pano de fundo do AT, podemos apreciá-lo de modo mais apropriado e contextualizado, pois segundo Oliveira (2010), é esclarecendo a construção deste processo histórico e, conseqüentemente, dos princípios que fundamentam a criação de alguns serviços de cuidado em saúde mental que chegaremos a uma melhor compreensão do que vem a ser o AT e quais as especificidades desta atividade na nova rede de cuidado proposta por alguns autores e profissionais da área de saúde mental.

1.2 O Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo

Ao pesquisar na literatura especializada a definição de AT, encontramos uma diversidade de respostas que são justificadas devido à versatilidade operacional e à heterogeneidade que estão imbricadas nesta prática clínica, a qual instiga diversas questões, tais como: o AT é uma profissão? É uma técnica? É uma estratégia de tratamento? É uma função? É uma inspiração para aperfeiçoar a prática de outras profissões?

Essas, entre outras indagações, fazem-nos concebê-lo, inicialmente, assim como Mauer e Resnizky (2011), Palombini (2006) e outros autores contemporâneos como um dispositivo, no sentido primeiro que Michel Foucault (1985) atribuiu a essa palavra, o que foi levado adiante por Gilles Deleuze (1996).

Foucault (1985) apresenta o dispositivo como uma rede que se estabelece entre elementos de um conjunto heterogêneo, são eles: “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas.” (p. 244). Ou seja, o dispositivo abarca o dito e o não dito, o visível e o invisível e, se constitui “como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência.” (p. 244).

Desse modo, neste estudo, estamos considerando o AT, bem como os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, dentre outros, como dispositivos, pois concentram três características principais: respondem a uma urgência histórica, constituem-se como um conceito multilinear e estão apoiados a outros dispositivos que lhes são contemporâneos. (Marcello, 2009).

Assim sendo, o AT surge como linha de fuga do padrão que já estava estabelecido, isto é, rompe com o instituído, quebra a hegemonia do modelo clássico psiquiátrico,

denunciando suas práticas abusivas e, atualmente, enuncia a insuficiência dos serviços substitutivos de saúde mental. Isso porque, “todo dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou de desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro.” (Deleuze, 1996, p. 92).

Por esse viés, o AT como dispositivo tem uma natureza estratégica e,

portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. (Foucault, 1985, p. 246).

Deleuze (1996), corroborando com as ideias de Foucault (1985), afirma que o dispositivo, por se tratar de um conjunto multilinear, comporta linhas que, além de serem de naturezas diferentes, seguem direções diferentes e se movimentam, traçando processos que estão sempre em desequilíbrio, são elas:

linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjectivação, linhas de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando umas por dar noutras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento. (p. 89).

Por linhas de visibilidade, Deleuze (1996) compreende ser uma dimensão do dispositivo que é composto por regimes de luz que quando se propagam iluminam figuras variáveis e objetos inseparáveis de um dispositivo, porém ao mesmo tempo em que tornam algo visível, encobrem outro, tornando-o invisível. No entanto, o que fica visível por si

próprio se enuncia “com as suas derivações, as suas transformações, as suas mutações.”. (p. 85). Dessa maneira, as linhas de enunciação, assim como as de visibilidade, ou seja, os regimes de enunciados e de luz se referem à historicidade dos dispositivos, porque eles são “máquinas de fazer ver e fazer falar”. (p. 84).

Quanto às linhas de força, elas se produzem, perpassam por todos os lugares de um dispositivo, entrecruzam as coisas e as palavras, “estabelecem o vaivém entre o ver e o dizer” (Deleuze, 1996, p. 85), sendo assim cada linha de força “Invisível e indizível . . . está estreitamente enredada nas outras e é todavia desenredável.”. (p. 85). A linha de subjetivação também é uma linha de força, mas trata de um processo de individuação, de produção de subjetividade – dimensão do si mesmo, fabricado e modelado pelo social.

No entanto, as linhas de brecha, de fissura e de fratura correspondem à capacidade do dispositivo de se romper, de transformar-se, em prol de um dispositivo posterior, isto é, elas são o extremo limite que esboçam a passagem de um dispositivo a outro. (Cabral, 2005; Deleuze, 1996).

Baseando-se nas ideias de Foucault e Deleuze, Cabral (2005) nos diz que os dispositivos comportam três dimensões: “saber (linhas de visibilidade e enunciação), poder (linhas de força) e subjetivação (relação consigo e com o mundo, ou a dobra do Fora – linha de subjetivação)” (p. 78) e é possível percebê-las em ação no AT.

A primeira dimensão, saber, é demonstrada pela prática do AT permitir e também favorecer que o sujeito compareça, ou seja, que o discurso da pessoa em sofrimento seja ouvido e estimulado, por valorizar que cada um detém saber sobre si mesmo. Já a segunda dimensão, o poder, fica explícita pelo modo do profissional acompanhante e do acompanhado se dispuserem na relação, a qual “não se baseia em uma hierarquia entre o poder do especialista versus a ausência de poder do acompanhado” (Cabral, 2005, p. 84), onde uns são considerados detentores do poder e outros despossuídos, mas sim, ambos os sujeitos detêm

alguma forma de poder que, por sua vez, “produz saber, gera discursos e práticas, constitui formas de subjetivação.”. (p. 84). Assim sendo, essa relação horizontal prima pela equidade, o que inclui diferenças e regras que não se estabelecem pela ordem hierárquica, mas pelo vínculo fraterno, como expõem Mauer e Resnizky (2011), reconhecendo sua capacidade de tecer o laço social.

Por fim, a terceira dimensão, subjetivação, por dizer respeito ao conjunto de práticas de si através das quais o sujeito se constitui sendo produzido e moldado pelo social, pode ser vivida de dois modos extremos: “relação de alienação (assujeitamento a um modo de produção de subjetividade hegemônico) e o processo de singularização (invenção de novas coordenadas de produção subjetiva)” (Cabral, 2005, p. 84); dessa forma, uma das funções do acompanhante é “auxiliar o sujeito acompanhado a romper com as formas de assujeitamento em que normalmente está aprisionado e investir no processo de singularização, inventando, assim, novos modos de produção subjetiva.”. (p. 84).

Mauer e Resniky (2011) acrescentam que a concepção de uma subjetividade em constante produção legitima a ideia de um psiquismo aberto, capaz de transformar-se ao longo da vida e que contextualiza a doença mental como passível de transformação resiliente, a partir de encontros significativos com um outro capaz de produzir novas marcas.

Por conseguinte, podemos afirmar que, em sua prática, o AT “é essa rede que articula os elementos desse conjunto, que os põe a funcionar” (Palombini, 2006, p. 119), pois ele assume uma dimensão clínica e política, envolvendo quatro elementos básicos:

O primeiro elemento remete à presença da reforma psiquiátrica, na forma de discursos, leis, medidas administrativas, entre outros, e a adesão aos seus princípios por parte dos atores envolvidos – cada uma das esferas do governo, por parte do serviço, da equipe, dos profissionais atuantes em cada caso. O segundo diz respeito à

construção de um espaço de continência e pertença dos acompanhantes terapêuticos, que seja externo ao serviço onde realizam seu trabalho, preservando essa dimensão do fora que o caracteriza. . . . terceiro elemento: a utilização de uma teoria da clínica como caixa de ferramentas para o trabalho. Não a teoria, mas uma teoria, somada a outras, do campo da história, ciências sociais, artes, geografia . . . o quarto refere-se à disponibilidade para o encontro com o outro, tanto da parte do acompanhante como da pessoa a ser acompanhada. Há uma dimensão de risco nesse encontro, de entrega ao outro, de abertura ao desconhecido e ao inesperado, de onde pode emergir a invenção, de que nem sempre se é capaz. (pp. 119-120).

Mauer e Resnizky (2011) corroboram o que Palombini (2006) afirmou acima e acrescentam que o vínculo fraterno que surge deste encontro entre acompanhante e acompanhado é iluminado pelo regime de luz próprio desse dispositivo. As autoras também fazem menção à característica constitutiva do dispositivo: a heterogeneidade que se aplica ao campo da formação em AT, à diversidade da prática clínica, à multiplicidade de formulações teóricas que o fundamentam, à inserção desse profissional em uma equipe interdisciplinar, às funções do acompanhante e à regulação de seu exercício profissional.

Por fim, Mauer e Resnizky (2011) concluem que, por meio do conceito foucaultiano de dispositivo, o qual se define por sua gênese, tornou-se possível caracterizar o AT como tal, pois o AT como dispositivo apresenta natureza estratégica, assim como elas afirmaram no primeiro livro que publicaram em 1985.

Desse modo, as autoras supracitadas nos alertam que a identidade do AT é definida por uma territorialidade imprecisa, mutável e passível de crises, o que implica uma contínua descoberta de novas dimensões, novas linhas, as quais formam sempre processos em desequilíbrio. Todavia, elas também nos lembram que grandes pensadores avançaram

estimulados por crises, por isso nos aconselham a utilizarmos essa modalidade como fonte de inspiração para encarar nossas próprias incongruências.

1.3 Acompanhamento Terapêutico: da Inspiração a uma Modalidade de Ação Clínica

Na década de 1960, na Argentina, o Dr. Eduardo Kalina – psiquiatra argentino – insatisfeito com a conjuntura limitante das alternativas para o tratamento em saúde mental, cria o AT com o intuito de dar uma

cobertura total à vida de nossos pacientes, em especial aos drogados. [E afirma:] Criei uma equipe de “acompanhantes terapêuticos” e de professores especializados que colaboraram e colaboram conosco, estendendo nossa ação terapêutica durante o dia e a noite; todos os dias da semana e ao longo de todos os dias do ano, dentro e fora do âmbito da internação. (Kalina, 1986/1988, p. 24).

Isto porque,

não tínhamos nenhuma clínica preparada, mas, eu comecei a desenvolver uma equipe de abordagem múltipla, tomando um modelo que fui criando a partir das teorias psicanalíticas de Bleger e de outros modelos combinados. Foi aí que também criei o Acompanhamento Terapêutico, como uma modalidade de tentar juntar estes jovens a voltar a recuperar um diálogo e uma capacidade de viver de maneira mais normal. (Proença & Lapastini, 1999, p. 61).

Deste modo, o AT como profissão “surgiu enquanto empírica, sem mais (nem menos) respaldo que o pedido desesperado de uma prática clínica que era insuficiente.” (Mauer & Resnizky, 2003/2008, p. 45). Confirmando que o AT surgiu de uma inspiração e foi se constituindo como “um modelo de trabalho cujos fundamentos surgiam *da prática à teoria*.” (p. 109).

Todavia, em um primeiro momento, Kalina (1986/1988) chama esse profissional de “amigo qualificado”, nomenclatura que foi questionada pelo seu caráter amistoso, o que possibilitou reflexões, entre elas: mesmo podendo estabelecer fortes laços afetivos com o paciente, o At não é um amigo. Portanto, com o intuito de se atingir o caráter terapêutico e profissional desejado, logo essa terminologia foi modificada para “acompanhante terapêutico”, por esse profissional fazer parte de uma equipe terapêutica, por realizar uma tarefa assistencial e por ser remunerado pelo seu trabalho.

Com o fracasso das abordagens terapêuticas clássicas com relação a certos pacientes, esse profissional foi-se tornando necessário em diversos outros países do mundo, entre eles o Brasil, onde chegou também na década de 1960. Sendo tal modalidade clínica trazida pelo Dr. Marcelo Blaya, psiquiatra que teve sua formação nos Estados Unidos, praticou e ensinou a residentes na Clínica Pinel, em Porto Alegre, chamando a esse profissional de “atendente psiquiátrico”. Posteriormente, essa prática clínica chegou ao Rio de Janeiro, conduzida pela Dra. Carmem Dametto – psiquiatra brasileira e aprendiz do Dr. Marcelo Blaya – que a implementou na Clínica Villa Pinheiros, chamando a este profissional de “auxiliar psiquiátrico”. Entretanto, apenas no final da década de 1970, essa prática clínica chega a São Paulo, mas só é utilizada como função em 1981, no Instituto A CASA, com a denominação de “amigo qualificado”, pois sofreu influência direta de psicanalistas argentinos. (Barretto, 1998/2005; Dametto, 1987; Piccinini, 2001; Simões, 2005; Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, 1991).

De acordo com Simões (2005), a literatura nos mostra que não há diferença entre os objetivos e as funções dos “atendentes psiquiátricos” e dos “auxiliares psiquiátricos”, tendo apenas o segundo um caráter mais psicanalítico, pois ambos tinham por função cuidar e ficar com o paciente dentro dos hospitais, relacionando-se com ele de modo informal e, principalmente, acompanhá-lo em atividades cotidianas externas aos muros da instituição, o que delimitava o campo de atuação desses profissionais, diferenciando-os dos demais.

Dametto (1972) demonstra isso quando afirma que

o auxiliar ou atendente psiquiátrico é uma inovação no hospital, decorrentes da introdução de métodos advindos da compreensão dinâmica aplicados às atividades rotineiras junto aos doentes. . . . Com a psiquiatria dinâmica, o enfermeiro, agora chamado atendente ou auxiliar psiquiátrico, passa a ocupar uma posição de grande destaque no trabalho diário. Não é exagero dizer que, sem ele, pouco podemos fazer pelo doente internado. . . . A função do auxiliar, teoricamente, é acompanhar o doente. É estar junto, verdadeiramente, em qualquer hora; é incentivá-lo a atividades construtivas, reprimi-lo em atividades destrutivas, ampará-lo na hora da angústia. É estar com o paciente, na “dele” . . . Não é fazer as coisas por ele, alimentando a dependência. (pp. 102-103).

No entanto, percebe-se que esses profissionais diferem quanto ao seu perfil, sendo os atendentes, geralmente, pessoas leigas e estudantes da área de saúde mental, pois o que mais importava na seleção deles eram características de personalidade favoráveis ao exercício dessa função. Já os auxiliares eram, em sua maioria, estudantes de psicologia e psiquiatria que tinham interesse pela área clínica e, portanto, já tinham uma compreensão sobre doença/saúde mental. (Simões, 2005).

Para atender a esse perfil, Dametto (1972) afirma que, durante a seleção dos auxiliares, enfatiza as características de personalidade do candidato, percebendo se ele tem condições de estabelecer uma relação positiva e franca tanto com o paciente quanto com a equipe e o supervisor. Para conhecê-las, diz que realiza “uma entrevista psiquiátrica tradicional.”. (p. 116). Isso porque, a autora concebe que, para o paciente, “o auxiliar não é só seu acompanhante, o **representante do médico**, mas a pessoa que lida diariamente com o doente a maior parte do tempo.”. (p. 103, grifo nosso).

Vale salientarmos que, conhecendo a Dra. Carmem Dametto, inclusive um dos autores trabalhou com ela durante alguns anos e a outra autora a entrevistou recentemente, sabemos que a expressão grifada acima não tem conotação de classe profissional, pois eram auxiliares psiquiátricos: estudantes de medicina, psicologia, engenharia, dentre outras classes profissionais.

A autora ainda salienta que não deve ser esquecida a experiência dos psiquiatras mais antigos, os quais puderam acompanhar as transformações dos manicômios, portanto, eles podem testemunhar, ou seja, apenas eles que vivenciaram tais situações é que podem narrar suas experiências. Além disso, ela também fala da complexidade da formação do AT que não pode ter apenas o conhecimento de psicologia e de psiquiatria, inclusive pela própria construção histórica do AT. É importante este depoimento da Dra. Carmem Dametto, inclusive com um alerta para novas gerações de que o horizonte de ação do AT foi sempre de luta.

No entanto, na década de 1980, no Brasil, todas essas nomenclaturas sofreram modificação, igualando-se às da Argentina, porque, de acordo com Simões (2005), o AT foi se expandindo e ampliando sua clientela, a qual, anteriormente, estava voltada para psicóticos adultos e, a partir de então, passou a abranger de crianças a idosos em outras condições de saúde incapacitantes, o que inclui: toxicomania, pessoas com comprometimento orgânico,

deficiências físicas e mentais, pacientes pré e pós-cirúrgicos, além das pessoas em sofrimento psíquico.

Rossi (2007/2010) corrobora que o AT vem expandindo seu campo de atuação bem como sua clientela, pois atualmente tem desenvolvido trabalhos em diversos ambientes e com diversos públicos, dentre eles podemos destacar: escolas, com crianças desde dificuldades de integração social ou escolar até transtornos graves como autismo; idosos em situação de doenças terminais; alcançando ultimamente o âmbito jurídico. É importante salientar que os Ats têm trabalhado com pessoas que não se encontram em crise, mas que precisam (re) estabelecer o laço social, ou serem incentivados a (re) inserir-se educativa, laboral e recreativamente; além de continuar agindo em situações de emergência, crises, em seu momento agudo.

O autor supracitado ainda acrescenta que a atividade que o At desempenha é,

de forma ambulatoria, no entorno habitual – familiar e social – do sujeito: domicílio, rua, bares, cinema, clubes, parques, shopping, escola, etc. Busca utilizar o espaço de circulação do paciente para promover ou sustentar um projeto terapêutico e para isto se vale da **cotidianidade**. Sua ação se desenvolve no território urbano, no espaço e no tempo cotidiano do paciente. (p. 45, grifo nosso, tradução nossa).

Mesmo com essa amplitude, Simões (2005) assinala que, na literatura, a função de acompanhar o cliente em momentos pontuais era função tanto do amigo qualificado como é do At, independente das atividades ocorrerem internas ou externas em uma clínica.

Entretanto, vale ressaltar que “há uma predominância nas atividades em lugares externos.”. (pp. 76-77).

Assim sendo, o AT constituiu-se um trabalho auxiliar e complementar aos outros dispositivos de cuidado e, por isso, o At, para desempenhar sua função, necessita estar inserido em uma equipe composta por diferentes profissionais. (Bustos & Frank, 2011; Rossi, 2007/2010).

Perante as especificidades de cada caso que venha a ser acompanhado, podemos pensar em composições de equipes distintas, podendo elas serem formadas basicamente por: psicoterapeuta de abordagem familiar, administrador psiquiátrico, psicoterapeuta individual e um ou mais Ats, de acordo com a necessidade do cliente. Mas se for avaliado que o cliente já está em condições de começar outras atividades mais específicas, pode-se incluir professores especializados. (Mauer & Resnizky, 2008).

Entretanto, se não houver essa diversidade de profissionais atuando no caso, como os citados anteriormente, além de geriatras, neurologistas, entre outros, o Art. 9 do Código de Ética dos Acompanhantes Terapêuticos formulado pela AATRA – Asociación Acompañantes Terapéuticos de La República Argentina (Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina) prevê que o At tem por obrigação estar em contato, minimamente, com o profissional que está a cargo do tratamento do acompanhado, para que ele oriente a tarefa a ser desempenhada no acompanhamento. Caso não haja esse profissional responsável, o At deverá abster-se de intervir no caso. (Bustos & Frank, 2011).

Diante dessa dimensão conquistada pelo campo do AT, concepções distintas passaram a serem elaboradas para melhor defini-lo. Porém, Rossi (2007/2010) diz que é preciso que compreendamos, inicialmente, o que o AT *não é*:

Nem psicoterapeuta, nem analista. Nem assistente ou trabalhador social. Nem educador especial, nem professora de recuperação. Nem enfermeiro psiquiátrico.

Nem vigilante, curador ou segurança particular. Nem secretário. Nem amigo, nem familiar. (p. 43, grifos do autor, tradução nossa).

Para ilustrar a compreensão que predomina na literatura da clínica do AT, desde seu surgimento, Carvalho (2004) nos diz que o AT se mostra como uma alternativa aos tratamentos que estavam em vigor, mas se mostravam falhos e insuficientes, portanto, esta clínica “se apresenta como um recurso de vanguarda na atenção à saúde mental.” (p. 22).

Rossi (2007/2010) por sua vez, define o AT como

um recurso clínico especializado que opera desde uma abordagem psicoterapêutica, de forma articulada com o profissional ou a equipe terapêutica que o indica. Se inclui no tratamento interdisciplinar de pacientes severamente perturbados, em situações de crises ou emergências, e em casos recorrentemente problemáticos ou que resistem à intervenção pelas estratégias psicoterapêuticas clássicas. (p. 45, grifo do autor, tradução nossa).

No entanto, com o intuito de compreendermos melhor a especificidade dessa clínica, sugiro que recorramos à etimologia da palavra “acompanhar” que, de acordo com o Instituto Antônio Houaiss (2007), vem do latim *acompaniáre* – conjunto de pessoas que comem seu pão conjuntamente – que diz de um estar ou ficar com ou junto a (alguém), constantemente ou durante certo tempo; fazer companhia a; conviver ou compartilhar as mesmas situações com, ou ser companheiro de; deslocar-se junto com, ou seguir na mesma direção (de algo ou alguém); ir ou viajar com, na companhia de; ir atrás de, seguir; realizar a mesma ação ou atividade que (outrem); ter o mesmo comportamento ou agir da mesma maneira que; agir conjuntamente ou em colaboração com; fazer ou formar um par ou um conjunto com outra(s)

coisa(s), fenômenos(s); ajuntar, acrescentar; observar, manter a atenção ou interesse voltado para (algo, ou alguém, que está em movimento, em desenvolvimento, mudança, ação ou atividade) durante um período de tempo e, eventualmente, participando do processo ou interferindo nele; presenciar, assistir a (algo que é exposto ou apresentado, ou uma sucessão de eventos, episódios, o desenrolar de um fato, história, drama).

Sendo assim, a partir de um verbo transitivo direto, ou seja, uma palavra que exprime uma ação, a qual exige um parceiro e um complemento, e que demonstra movimento, deslocamento, percebemos a especificidade, a profundidade e a proposta desta prática clínica que, desde o princípio, vem buscando nomear e nortear do modo mais adequado o seu fazer.

Desse modo, o At tem a possibilidade de intervir junto ao outro, terapêuticamente, em instituições, na comunidade ou a céu aberto, e esse modo peculiar de estar junto ao acompanhado apresenta uma possibilidade de ação que transcende o próprio campo da prática, constituindo-se como uma modalidade de ação eminentemente clínica.

Vale ressaltar que compreendemos a ação clínica como um modo de atenção e de cuidado que se defronta com os modos-de-ser de um profissional, os quais se manifestam numa dimensão ôntica através de suas intervenções. Portanto, ação clínica diz de um *inclinarse*, ou seja, trata-se de uma ação voltada à atenção e ao cuidado com o sofrimento do outro, constituindo-se uma condição originariamente humana, fundamentada em pressupostos ontológicos, desvincilhada do modo de concebê-la tecnicamente, próprio das ciências naturais. (Barreto, 2006).

Isso fica claro quando recorremos à etimologia da palavra (verbo) *clínica*, que vem do grego *klinó* e significa 'inclinarse', de onde deriva-se *klísis* que é 'inclinação', *Kline* que é 'leito' e, por fim, *klínikós* que é 'relativo ao leito', o que se configurou tardiamente no exercício da profissão de médico, o qual 'visita pacientes acamados'. (Instituto Antônio Houaiss, 2007).

Desse modo, a ação clínica é compreendida neste estudo em sua propriedade originária, a qual diz de um “inclinarse ao leito” e, como nos diz Barreto (2006), ser clínico trata-se de estar disponível para o outro, aproximando-se dele, deixando-se afetar por ele. Então, o clínico é aquele que se inclina para ajudar, que trata o Ser com uma atenção cuidadosa, na qual o paciente – aquele que passa por uma experiência de sofrimento – é acompanhado em direção à saúde e ao bem-estar, promovendo-se, assim, um exercício de apropriação de si, de cuidar de si, ampliando suas possibilidades de existir na cotidianidade.

Contudo, podemos pensar que o At desempenha sua função de acordo com o movimento da “experienciação (experiência em ação) do cliente, [pois] tenta acompanhar esse trânsito: diz da afetabilidade, compreensibilidade hermenêutica e comunicabilidade que constituem o acontecimento clínico.”. (Barreto, 2006, p. 177).

2 Acompanhamento Terapêutico: um Quadro Pintado a Muitas Mãos

2.1 Acompanhante Terapêutico: um Agente Terapêutico em Ação?

Através do Labor, do Trabalho e da Ação, os homens vão garantindo ao real sua objetivação, portanto, sua objetividade. Trata-se, *grosso modo*, da produção do mundo e da construção da História. Simultaneamente e através destes produzir e construir, todo e cada homem vai cuidando de ser si mesmo enquanto singularidade e pluralidade, no desenvolvimento de seu destino pessoal e coletivo. Assim desenvolve seu ser-no-mundo, lidando com as coisas e falando com os outros. (Critelli, 1996, p. 119).

Inicialmente, buscaremos dar uma ênfase ao personagem que possibilita a construção do cenário vivo desta paisagem que estamos apreciando, pois ele exerce uma atividade que ultrapassa a extensão do território que nosso olhar pode alcançar. Por isso, ressaltaremos alguns aspectos que nos possibilitarão ter um panorama sobre a ação clínica deste profissional.

Isto porque, corroboramos com Silva (2012) quando constata que apenas falar sobre a denominação da clínica do AT já não satisfaz a tantas questões que ainda estão por serem discutidas, pois não abrange a invenção dessa prática clínica tão peculiar.

O autor supracitado sugere que a problemática, ainda atual para tratar da genealogia da clínica do AT, se dá porque

suas influências emergiram de várias fontes (Hospital Dia, Comunidade Terapêutica, Psicofarmacologia, Psicoterapias, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, etc.), em vários países (Suíça, Itália, Uruguai, Canadá, França, Brasil, Argentina, Chile, México, EUA, Inglaterra, Espanha, etc.) e muitas vezes sem uma clara esquematização ou denominação da atividade desenvolvida. (p. 255).

Temos observado que nessas últimas décadas muitos elementos foram retirados e outros acrescentados para melhor dar contorno à atividade desse profissional. Apesar disso, é possível verificar que na literatura há um consenso quanto a três características tidas como principais e que melhor esclarecem as especificidades dessa prática clínica, são elas: setting ampliado, diálogo com a família e trabalho em equipe. (Simões, 2005).

Quanto ao “setting ampliado” ou “setting ambulante”, como muitos autores costumam chamar, esse se configura, de acordo com Simões (2005), a principal característica do AT, pois o projeto terapêutico do acompanhamento se estrutura com base na cotidianidade do acompanhado e nas atividades avaliadas necessárias a serem inseridas em seu dia a dia. Para tanto, é preciso que se leve em consideração o tempo e o espaço de circulação do acompanhado para o desenvolvimento do AT, podendo esse ocorrer em diversos locais, tais como parques, shoppings, supermercados, enfim, no território urbano, o que inclui a casa do acompanhado. (Rossi, 2007/2010).

Assim sendo, o acompanhamento se dá nas diversas redes sociais de uma cidade, pois o At se relaciona com várias pessoas, direta ou indiretamente, que estão em diferentes níveis da rede social do acompanhado, indo desde os próprios familiares a amigos e profissionais envolvidos no tratamento. (Carvalho, 2004).

Com isso, o At assume a função de agente de saúde na vida cotidiana, atuando com uma postura ativa, sendo por vezes coadjuvante, outras vezes figurante e, quando necessário, protagonista. Tal flexibilidade de atuação é consequente a ter como instrumento primordial a ação nos espaços onde ocorrem as diversas cenas que compõem as tramas da vida cotidiana, não permitindo o afastamento do acompanhado do convívio social, de sua família, de sua casa e das atividades de lazer.

Desse modo, compreendemos que o setting no AT não está relacionado ao espaço físico, mas ele está presente onde quer que o acompanhante e acompanhado se encontrem, pois ele se ampara no vínculo estabelecido entre ambos, sustentado por um acordo prévio do horário, honorário, local dos acompanhamentos e duração das sessões, podendo estes serem variados de acordo como a demanda que se configure. (Carvalho, 2004).

O “diálogo com a família” se constitui como sendo outra característica importante para a atividade do At, pois este em muitas ocasiões compartilha de momentos íntimos do convívio familiar do acompanhado.

É comum o acompanhante terapêutico presenciar ou tomar parte das refeições em família, testemunhar discussões, circular pelos ambientes mais reservados da casa, sendo em situações extremas até mesmo convocado a tomar partido em disputas familiares. (Carvalho, 2004, p. 24).

Mauer e Resnizky (2003/2008) nos lembram de que o acompanhante também pode, através de sua intervenção na trama familiar, contribuir para descomprimir e abrandar certas interferências do acompanhado com sua família. No entanto, o At deve minimizar intrusões na privacidade, principalmente quando estiver trabalhando na casa dos acompanhados.

A terceira característica diz respeito ao “trabalho em equipe”, pois o At para exercer sua função necessita estar no seio de uma equipe, podendo ser muitas vezes convocado por algum profissional para fazer par com ele no processo de tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e/ou físico e seu grupo familiar. (Mauer & Resnizky, 2003/2008). Portanto, o AT se constitui em um trabalho auxiliar e complementar aos outros dispositivos de cuidado, compostos por diferentes profissionais.

Vale salientar que, se a solicitação for feita por um familiar, de acordo com o Art. 9 previsto no Código de Ética formulado pela AATRA – Asociación Acompañantes Terapéuticos de La República Argentina (Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina), o At é obrigado a contatar o profissional que está a cargo do tratamento, para que ele oriente a tarefa a ser desempenhada no acompanhamento. Caso não haja esse profissional responsável, o At deverá se abster de acompanhar e intervir no caso. (Bustos & Frank, 2011).

Perante as especificidades de cada caso que venha a ser acompanhado, as equipes podem se constituir através de distintas composições, porém, para que o tratamento obtenha sucesso em meio à heterogeneidade existente entre os membros de uma equipe é preciso que haja respeito mútuo, uma concorrência saudável, solidariedade profissional, cooperação e que as áreas de trabalho de cada membro estejam claramente diferenciadas. Além disso, todos precisam levar em consideração que o objetivo comum é o cuidado da saúde da população e que compartilham a responsabilidade pelo constante avanço da ciência. (Bustos & Frank, 2011).

Desse modo, “A equipe se transformará em uma rede terapêutica e é por isso que a relação entre seus membros adquirirá enorme significação no decorrer do processo terapêutico.” (Mauer & Resnizky, 2003/2008, p. 27).

As mesmas autoras ainda nos lembram de que, o sigilo profissional existente entre acompanhante e acompanhado, tradicionalmente sustentado pela ética do sigilo, nesse contexto, passa a ser parcialmente compartilhado entre os membros da equipe, visando à circulação fluente das informações com o intuito de neutralizar possíveis tentativas de manipulação e pactos perversos. Porém, é imprescindível que essa comunicação intra-equipe seja conhecida pelo acompanhado e sua família, para que a partir do uso de uma comunicação clara, torne-se possível operar em prol do processo terapêutico deste grupo adoecido.

No entanto, o Art. 23 do Código de Ética formulado pela AATRA – Asociación Acompañantes Terapéuticos de La República Argentina (Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina) prevê que a informação amparada pelo sigilo profissional só pode ser transmitida, escrita ou verbalmente: a) para evitar um grave risco ao acompanhado ou a terceiros, podendo ser exposta apenas a pessoas qualificadas; b) quando requerida por uma intervenção profissional que apresenta elementos inevitáveis para que seja feito o informe; c) aos pais e aos demais, caso não condicione o futuro do acompanhado, ou seja, utilizada para seu dano; d) tudo relativo ao sigilo profissional deve ser cumprido igualmente em todos os âmbitos e em todos os tipos de prestação; e) o Comitê de Ética da AATRA determinará se no caso existe ou não violação à guarda do sigilo profissional. (Bustos & Frank, 2011, tradução nossa).

Além de todos esses elementos, destaco um componente facilitador fundamental para o poder-acontecer do acompanhamento que diz respeito ao aspecto relacional desta prática clínica: a disponibilidade para estar com o outro. Esse aspecto é dito de vários outros modos

por Ats quando lhes é perguntado sobre as habilidades necessárias para ser At, assim como nos apresenta Carvalho (2004).

2.2 Acompanhamento Terapêutico na Atualidade: um Quadro em Busca de Moldura?

Para responder a esta questão, nos propomos a desenvolver uma discussão, buscando fundamentá-la com informações de pesquisas publicadas em livros entre os anos 2004 e 2012, com o intuito de problematizar os novos rumos que a prática clínica dos Ats vem tomando no Brasil e em Recife-PE.

Isto, pois, temos percebido que, através dos eventos ocorridos sobre AT nos últimos anos e da literatura que vem sendo produzida, inclusive com parcerias entre autores brasileiros, argentinos e de outras nacionalidades. Além disso, há uma conexão mais intensa entre estes países, o que vem possibilitando diálogos profundos, discussões calorosas, reflexões e novas organizações diante deste fazer clínico.

Estudos expõem que, no Brasil, para tornar-se um profissional At, ainda não existe um consenso quanto aos requisitos mínimos para tal exercício profissional, mas de acordo com Carvalho (2004), o perfil deste profissional, em nosso país, atualmente, se encontra principalmente entre tais características: a maioria é psicólogo (a) ou estudantes de psicologia ou ainda terapeutas ocupacionais; a maioria tem seu trabalho vinculado à linha teórica da Psicanálise, em específico, Winnicott e Lacan; no que diz respeito à formação específica em AT é considerável o número de profissionais que não fizeram nenhuma formação; e, uma maioria bastante significativa define o AT como atividade secundária em sua escala de prioridades profissionais

Sobre este perfil, Carvalho (2004) faz alguns alertas para que as novas gerações não se influenciem a se emoldurar no mesmo “quadro”. Quanto ao predomínio da atuação pelos

psicólogos, diz que existem muitos profissionais reconhecidamente qualificados que não têm esta formação.

A autora afirma que há a hegemonia da teoria psicanalítica como fundamentação para o trabalho do AT, mas diz que “é desejável que ao se consolidar enquanto modalidade de tratamento, o AT confirme sua natureza interdisciplinar e possa receber importantes contribuições de diferentes abordagens psicológicas.” (Carvalho, 2004, p. 81).

Quanto à terceira característica apontada no perfil encontrado por Carvalho (2004), referente à formação, diz que vai desde cursos, grupos de estudos até experiência de trabalho e/ou supervisão em determinada instituição, sendo essa última essencial para poder garantir a qualidade do tratamento ofertado aos acompanhados.

Vale ressaltar que, para Mauer e Resnizky (1987), há uma contradição entre os fracos requisitos para a seleção de Ats e a especificidade do trabalho, sendo necessário realizar exaustivamente entrevistas de admissão para avaliar se os candidatos a Ats estão ou não em condições de exercer tal atividade. Passado esta etapa, é preciso que o At tenha supervisão, faça análise pessoal (ou psicoterapia, dependendo da linha teórica que o At esteja se embasando) e participe de reuniões de equipe, as quais vislumbram planejar estratégias de tratamento aos acompanhados.

Nesse caso, a supervisão é tida como uma oportunidade de formação continuada, sendo um tipo de processo de aprendizagem que inclui a prática clínica, a fundamentação teórica e o olhar ampliado de um At com mais experiência – supervisor – que coordena esse momento. Entretanto, Carvalho (2004) nos diz que

falar em formação requer sempre um cuidado especial. Por um lado, temos a difícil tarefa de discernir o que seria essencial para forjar o profissional de qualidade e, por outro, a plena consciência de que tudo que se possa oferecer será não mais do que a

ponta do iceberg de um processo que deverá ser contínuo na vida do futuro profissional, sendo apenas mais intenso de início. (p. 83).

Por último, relacionado ao fator secundário na escala de prioridade da atividade profissional enquanto At, Carvalho (2004) levanta algumas hipóteses, dentre elas: o pouco número de horas trabalhadas por semana e o alto grau de desgaste emocional e, às vezes, físico, causados pelo envolvimento pessoal, além dos altos níveis de atenção e criatividade, requeridos dos Ats em sua atividade.

Simões (2005) ainda acrescenta um dado importante, afirmando que a maioria das publicações sobre AT é de profissionais da região Sudeste, principalmente São Paulo. Entretanto, a autora ainda observa que, diante de toda a produção científica sobre AT, a maioria dos autores descrevem vivências desta prática clínica, mas, muitas vezes, falta uma fundamentação teórica sobre ela, além do mais, cada autor descreve um modo diferente de como trabalhar com o acompanhado, fundamentando-se em distintas visões de homem e de mundo, dificultando a compreensão do que vem a ser o AT, uma vez que não há um sistema teórico específico que fundamente tal atividade.

A mesma autora comenta ainda que alguns pesquisadores propõem estudar o AT a partir de conceitos psicanalíticos, enquanto outros consideram que este é um campo que precisa ser fundamentado por diversos saberes, não podendo ser sustentado por um único.

Outro dado importante a ser exposto é o vínculo oficial entre a esfera pública de funcionamento estatal com sustento proveniente da verba pública e a origem do cargo At, o qual foi oficializado no Brasil, pela primeira vez, no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Viamão, em 1998. (Silva, 2012).

Para assumir o cargo de At, o egresso, via concurso público, precisou ter como escolaridade nível médio, isto é, não necessitou ter formação no ensino superior. Contudo,

todos os Ats em conjunto com os demais agentes, em 1999, realizaram, gratuitamente, “o “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico” (com duração de 8 meses) da “Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul” (Silva, 2012, p. 268) que serviu de capacitação para o exercício desses profissionais.

Silva (2012) afirma que é

importante destacar, que o Acompanhamento Terapêutico, apesar de ainda não ter lei que trate do seu reconhecimento oficial ou da criação de sua profissão, está oficialmente catalogado e definido no “guia de serviços de saúde mental” do Governo do Rio Grande do Sul (2000); nesse, na página 29, consta o código do **AT** (nº 38.041.01), o procedimento (acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental) e a descrição da atividade (até 31 acompanhamentos de pacientes por mês, compreendendo um conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenha como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social). . . . Nesse guia de saúde, o Acompanhamento Terapêutico é tido como um “serviço especializado” e “estratégico” do “Sistema Único de Saúde” do Brasil. (pp. 267-268, grifo nosso).

Destacamos que essas informações a respeito da inclusão do AT na legislação, divulgadas em 2012, demonstram que o AT no Brasil tem vivenciado um momento distinto da Argentina. Visto que, neste país os Ats, desde 21 de agosto de 2010, são profissionais reconhecidos, regulamentados e, para exercerem sua profissão regularmente, têm que estarem associados à AATRA – Asociación Acompañantes Terapéuticos de La República Argentina

(Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina) sob o regimento do código de ética desenvolvido pela associação. Eles pagam cotas e encargos sociais à AATRA, têm piso salarial e, em caso de má conduta profissional, podem sofrer penalidades previstas pelo Comitê de Ética da AATRA, das mais leves as mais graves, sendo a penalidade máxima a expulsão da associação. (Bustos & Frank, 2011).

Destarte, para proporcionar uma melhor compreensão dessa moldura que na Argentina buscou-se dar à conduta ética dos Ats, segue, na seção Anexo A, a tradução, da língua espanhola para a portuguesa do Brasil, realizada pelos autores, do Código de Ética dos Ats desenvolvido pela AATRA.

3 Uma Trajetória Compreensiva

Realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa de cunho fenomenológico existencial, fazendo uso da hermenêutica filosófica de Gadamer, a qual fundamentou toda a trajetória desta pesquisa e que consiste no entendimento que toda compreensão do homem é uma interpretação das condições históricas advindas da tradição, da qual ele faz parte. Nessa linha de raciocínio, o conceito de representação cartesiana, embora fundamental na construção da ciência moderna, não possibilita ao homem lidar com todas as questões que vêm a ele, sejam referentes a ele mesmo, aos outros ou ao mundo.

Com amparo nessa ideia, o modo de pesquisar e compreender fenomenológico existencial diz de um caminhar em busca dessa consciência histórica. Contudo, para acompanhar esse movimento, de acordo com Alves, Morato, e Caldas (2009), é necessário que o pesquisador aceite “o convite para, junto ao fenômeno, tecer, construir, elaborar e criar outras formas possíveis de expressar, de significar, de compreender e de dar-se de si.” (p. 244).

Com base nesta afirmação, compreendemos o pesquisador e o pesquisado como seres-no-mundo-com-os-outros, portanto, eles se encontram próximos, afetam-se mutuamente, cuidam de suas existências, compreendem que mesmo a partir de suas singularidades têm uma condição universal que é cuidar-de-si-cuidando-do-outro e, por fim, aprendem que é nesta relação que se constrói sentido.

Deste modo, percebemos que quando o pesquisador mantém uma postura de abertura ao fenômeno, ele percebe que

ao levantar uma questão, sou tomado pelo desejo de buscar compreender aquilo que de algum modo me afeta, me mobiliza e me constrange em busca de sentido. Ao partir

em busca desse sentido, me disponibilizo a perceber-me mestiço, estrangeiro, viajante. Convido o outro a *compartilhar* da minha inquietação. Sou convidado por ele a *com-partilhar* da sua experiência. Experiência que, aliás, num certo momento, não é mais dele . . . muito menos minha . . . É nossa . . . do *entre-nós*, do privado e do público, do individual e do coletivo, do singular e do universal, enfim, do humano. (Alves, Morato, & Caldas, 2009, p. 244).

Sendo assim, a historicidade do pesquisador entra em cena, porque, ao eger uma questão, ele está acompanhado de seu horizonte (perspectiva sobre o mundo adquirida através da linguagem, de geração em geração), de sua tradição, mas quando se dispõe a uma postura de abertura ao diálogo, seja com os participantes ou com o texto escrito, os quais também têm seu próprio horizonte, torna-se possível uma conexão produtiva entre tais horizontes, favorecendo que outra possibilidade de compreensão para interpretação venha a emergir, possibilitando entendimentos acerca do fenômeno em questão. (Lawn, 2007).

Para tanto, em um primeiro momento, realizamos um estudo sistemático a respeito da temática em tese, desenvolvido a partir de textos literários, cujo material elaborado está acessível ao público em geral, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Este tipo de pesquisa pode esgotar-se em si mesma ou fornecer instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa. (Gil, 1987/1991; Vergara, 1997/2003).

Este estudo vislumbrou uma articulação entre textos literários e os conhecimentos que vêm sendo debatidos e refletidos entre os autores, a partir das experiências deles, da formação em AT que um dos autores está cursando e das temáticas que vêm sendo discorridas em eventos e discussões com profissionais da área, o que possibilitou não só a interpretação dos textos, mas o entendimento destes, pois o diálogo entre os autores, enquanto leitores e

pesquisadores, e os textos possibilitou uma abertura para novos modos de compreensão acerca do tema, assim como nos indica Gadamer (1986/1999).

Partindo deste ponto de vista, “o texto escrito não muda, mas as possibilidades sim, isto é, para Gadamer, as verdadeiras possibilidades mudam, pois são infinitas.” (Lawn, 2007, p. 87). Deste modo, o encontro linguístico que acontece na forma de diálogo entre o leitor e um texto faz com que os horizontes deles se fundam e o leitor possa pôr em cheque suas pré-compreensões, seus pré-conceitos, seus pré-julgamentos e se disponha à acomodação do novo. Sendo assim, não importará quantas vezes um texto seja lido, pois ele sempre conseguirá abrir novas linhas de questionamentos e possibilidades compreensivas, já que

quando alguém lê um texto, fica subentendido, não simplesmente fazendo sentido das palavras na página, mas permitindo que o horizonte do texto se misture com o horizonte do leitor de tal forma que o leitor seja afetado pelo encontro com o texto. É uma experiência muito comum ser interrompido pelo efeito que o texto pode ter no leitor; muitas vezes aquilo que consideramos como absolutamente certo pode ser redefinido, mudado e reorganizado pelo ato de leitura. (Lawn, 2007, p. 95).

No segundo momento desta pesquisa realizou-se uma pesquisa de campo, cujo perfil metodológico está descrito nos itens que seguem.

3.1 Participantes

A quantidade de participantes neste trabalho foi de 05 (cinco) Ats com uma vasta experiência na área, totalizando, cada um, mais de 05 (cinco) anos de experiência com pessoas em sofrimento psíquico, físico ou ambos que têm dificuldade de inserção social.

Cada participante encontra-se inserido em um segmento da ação clínica: formação, drogadicção, saúde/doença mental em diferentes abordagens clínicas e acompanhamento do idoso, sem levar em consideração idade e sexo.

O acesso a essas pessoas não foi estabelecido via instituição, mas a partir de um contato prévio com colegas de profissão, o que possibilitou uma interlocução direta com todos. Tal eleição dos participantes, portanto, fez parte de uma *amostra intencional*, ou seja, uma escolha de um pequeno número de pessoas que tem relevância social para a temática pesquisada. (Thiollente, 1986).

3.2 Instrumento

Para a coleta de dados, foi utilizada a narrativa colaborativa e, como estímulo, usamos uma pergunta disparadora. Em um primeiro momento, individualmente, cada participante pôde expressar-se livremente, guiados pela seguinte pergunta disparadora: *Como vem se dando sua ação clínica como Acompanhante terapêutico?*

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, autorizadas pelos participantes, visto que esta estratégia permite a transcrição na íntegra das narrativas e a recuperação sequencial, quantas vezes forem necessárias, para a efetivação da análise dos dados.

Em um segundo momento, realizamos um encontro grupal com os mesmos participantes, onde foi solicitado a estes que se dispusessem à conversação sobre suas experiências uns com os outros, favorecendo uma possibilidade de encontro entre si, guiados pela seguinte pergunta disparadora: *Como vocês compreendem o desenvolvimento da ação clínica dos Acompanhantes terapêuticos em nossa cidade?*

Quando nos referimos à conversação, estamos propondo um diálogo genuíno e autêntico aos participantes, incluindo a participação da pesquisadora, em uma conversa sem

planejamento, sem regras, sem convenções, sem estrutura única, sem alguém que “conduza” a conversa, para que assim, seja possível o acontecer de um entendimento, o que só ocorrerá se houver a acomodação do outro (fusão de horizontes). (Lawn, 2007). Assim acontecendo,

ninguém sabe onde estas conversas nos levarão . . . O que emerge não é meu, nem é seu . . . Os diálogos se movem em direções imprevisíveis . . . revela alguma coisa de seus participantes . . . é intrinsecamente falado . . . acontece em público . . . os participantes mudam, à medida que as suposições iniciais são desafiadas, modificadas, apresentadas para escrutínio no tribunal público de apelos, e no diálogo em si . . . porém os preconceitos podem ser colocados em primeiro plano no diálogo e são freqüentemente desafiados e surpreendidos nos encontros dialógicos . . . Um diálogo produtivo tem, muitas vezes, o efeito de nos forçar a ver as coisas de maneira diferente e sob novas perspectivas. (Lawn, 2007, p. 98).

Diante da presença de vários participantes neste segundo momento foi necessário que o encontro fosse filmado, com a autorização dos participantes, para facilitar a localização posterior das falas de cada participante.

3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Foi estabelecido o primeiro contato com os participantes, no qual estes foram convidados a participar da pesquisa e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B).

Nesta direção, recorreremos às narrativas, as quais, de acordo com a proposta de Walter Benjamin (1989), se constituem como uma via de apreensão da experiência,

possibilitando a tematização desta, pois “a narrativa permite que o viver humano seja permanentemente colocado em evidência . . . Isso acontece porque a narrativa abre para a dimensão existencial do homem no mundo fenomenal, para sua singularidade e para suas experiências.” (Pereira, 2006, pp. 80-81). Então, quando os participantes narram suas vidas, eles *com-partilham* de seu existir, testemunham de si e trazem em suas narrativas a riqueza das experiências contadas em seus múltiplos sentidos.

Desse modo, Alves et al. (2009) afirmam que a experiência é a matéria-prima do narrador e a narrativa o seu produto, sendo esta referente a um modo artesanal de comunicação que na modernidade vem se perdendo juntamente com “o sentido de se contar história, de se parar para escutar e até de se valorizar o intercâmbio de experiência como tarefa constitutiva.” (pp. 244-245). Então,

a maior perda do homem moderno, no âmbito da narratividade, diz do abandono da capacidade de se implicar naquilo que narra . . . sem se dar conta que, deste modo, perde-se a si mesmo, correndo em busca de algo que não se sabe, ao certo, o quê. Compromete seu sentido, abdica de seu viver. Abrindo mão da tarefa de acolher e significar sua existência, perde-se na cotidianidade, em meio às marcas e registros que, embora não se dêem conta, estão lá, em busca de serem apropriados. E a narrativa é um canal privilegiado de apropriação dessas experiências. (p. 245).

Portanto, a arte de narrar não tem roteiro preestabelecido e ao ser realizada tem a capacidade de elaborar, reelaborar e transmitir a experiência ao mesmo tempo. Isto porque o narrador experiencia um fluxo de sentimentos, ideias, crenças e expectativas, os quais vão se configurando e se reestruturando em outros sentidos para a sua trajetória de vida. (Alves et al., 2009).

3.4 Procedimento de Análise dos Dados

Quanto à análise dos dados, esta foi realizada a partir da transcrição na íntegra, digitalização e revisão das narrativas dos entrevistados, buscando tornar o conteúdo narrativo sequenciado, inteligível e sem erros ortográficos ou vícios linguísticos, mas sem alterar as falas e o sentido das mesmas. Logo após, estas narrativas foram submetidas à apreciação dos entrevistados para que autenticassem a sua fidelidade e as retornassem à pesquisadora.

A partir de então, buscamos elaborar entendimentos acerca das narrativas. Lembrando que Gadamer afirma que toda compreensão é “preconceituosa”, pois cada um de nós tem uma tradição que nos acompanha (horizonte), a qual é transmitida de geração em geração (histórico) através da linguagem. (Lawn, 2007).

Compreendendo aqui a linguagem não como um sistema de sinais e, portanto, um instrumento, mas como aquilo que nos fala, uma provocação à revelação de uma situação ou do tema de um texto, pois ela “revela o nosso << mundo >>, o espaço que rodeia e une os participantes, num << jogo >> em que entram os seus preconceitos”. (Bleicher, 1980, p. 163).

Partindo desta compreensão, Bleicher (1980) afirma que nossa existência, por ser histórica, contém um horizonte próprio, o qual é linguístico. Sendo assim, de acordo com Lawn (2007), Gadamer diz que através da linguagem é possível que a verdade seja desvelada por causa do encontro entre o familiar (nossas pré-compreensões, nossos pré-conceitos, nossos pré-julgamentos) e o desconhecido (novo), remetendo-nos ao que Heidegger assegura quando diz que “a linguagem é a casa do ser”. (Heidegger, 1967, p. 145).

Por isso, Gadamer (1986/1999), a partir da conversação compreendida enquanto diálogo genuíno, nos propõe uma abertura para a linguagem e a compreensão, disponibilizando-nos para o novo e, se assim acontecer, se dará a “fusão de horizontes” (*Horizontverschmelzung*).

Vale ressaltar que

a “fusão dos horizontes” é, basicamente, uma inspiração; nunca pode ser totalmente obtida ou finalmente completa. A sugestão de uma fácil acomodação de um horizonte por outro, com estabelecida harmonia e completo acordo, está longe das intenções de Gadamer. Ainda assim, apesar de nunca obter total transparência no entendimento com o outro, a necessidade de interpretação é constante e sempre presente . . . A idéia de Gadamer é de que isso acontece com diacronia e sincronia. (Lawn, 2007, p. 92).

Entretanto, quando a fusão de horizonte acontece, se realiza uma plena conversação já que o que foi expresso não é mais meu, nem do outro, mas é comum a nós. Isto porque houve uma conexão entre os horizontes do intérprete com o significado de um texto ou a posição de um colega e eles se engajaram em diálogo, deixando aberta a possibilidade de mudança ou não de opiniões, resultado de uma provocação a seus preconceitos. (Bleicher, 1980; Lawn, 2007).

Logo, se assim acontecer, será possível chegarmos a uma narrativa final que será construída a partir do diálogo entre os participantes, a pesquisadora e os textos dos teóricos que embasaram essa pesquisa. Corroborando a noção de ser-no-mundo-com-os-outros, fundamentado na fenomenologia existencial, pois uma pesquisa é imersão e envolvimento de todos os participantes.

4 Conversa em Ação: a Clínica do Acompanhamento Terapêutico em Movimento

No intuito de dá movimento a essa paisagem retratada no quadro que estamos a apreciar e trazê-la para o cenário da cidade de Recife-PE, convidamos novos personagens para compor essa cena, os quais movimentam a clínica do AT. Ou será que eles é que são movimentados por ela?

4.1 Quem se Movimenta? Uma ProvocAÇÃO

Antes de buscar compreender essa provocação, apresentaremos os profissionais que se disponibilizaram a colaborar com este estudo, compartilhando suas experiências, se permitindo à ação de lançarem-se nas incertezas, demonstrando uma disposição de abertura.

Insta registrar que os nomes são fictícios para garantir sigilo e anonimato aos participantes. No entanto, como forma de apresentação, buscamos narrar algumas informações que ilustram a tradição que cada At traz consigo, a qual reverbera em suas ações clínicas.

Bruna é At, psicóloga e professora. Há 16 anos, teve seu primeiro contato com o AT, quando foi a um congresso e viu uma palestra sobre AT, o que deu muito sentido à sua experiência clínica, pois já vinha percebendo que alguns pacientes precisavam de outro modo de cuidado e que até aquele momento não sabia nomear. Após o contato, chegou a se questionar: “Que coisa linda, que trabalho maravilhoso. Isso existe?” (*sic*).

Então, logo sinalizei a Bruna minha identificação com sua história e lhe contei que

foi bem parecido comigo também. Eu estagiava em um CAPS e olhava os pacientes precisando de mais alguma coisa (pausa) quando teve o encontro aqui em Recife que

tu estavas também. Aí eu falei: Bruna também é At? Como assim? O que é isso? Aí eu me encantei. Foi de lá que eu saí perdidamente apaixonada pelo AT. (*sic*).

Diante desse mesmo encantamento, Bruna buscou estudar e engajar-se em propostas que lhe dessem experiência vivencial com AT, no estado do Rio de Janeiro. Sua experiência clínica como At é mais voltada para um público específico, pois ela não acompanha casos de psicose, e sim, mais casos de déficit de habilidades sociais, transtornos de ansiedade, de humor, fobias específicas e inadequações sociais. Atualmente, oferece treinamento para aspirantes a Ats e supervisão para Ats.

Marcela, nossa segunda participante, é At também há 16 anos e psicóloga. Constituiu-se At através da busca pelo curso de formação em AT oferecido na cidade, do qual eu participo atualmente. Esse curso ocorreu em paralelo com seu último ano de graduação em psicologia e no decorrer dele, começou a ter a experiência clínica.

Até hoje, vivencia um ritmo de trabalho intenso na clínica com acompanhados, atendendo a uma vasta clientela, tendo muita experiência com transtornos mentais e idosos. Já trabalhou com pessoas que não tinham transtorno algum, mas estavam vivenciando uma situação difícil na vida e, atualmente, trabalha também com autismo. Contou que

só tem um tipo de paciente que eu não consigo trabalhar, embora eu já tenha trabalhado e só descobri que não consigo trabalhar, porque eu trabalhei e comecei a ver que é diferente do meu trabalho, que mexe com meus núcleos, que me deixam angustiada, que me deixam ansiosa, que é o obsessivo compulsivo. O paciente que tem TOC [Transtorno Obsessivo Compulsivo], eu termino ficando com TOC também. Lógico que não é aquela sintomatologia mínima, é aquele que tem TOC mesmo, né? Como uma paciente que eu tive que ela... Ela me ligava 20 vezes de noite pra ter

certeza... Pra eu dizer a ela que ela tinha fechado a porta. Eu comecei a achar que eu não tinha fechado a porta da minha casa, veja? Algo bateu e não dá pra eu continuar, né? (*sic*).

E, diante desse contexto, Marcela nos dá uma importante lição, quando reflete sobre essa sua experiência e afirmou que pensou:

Eu não vou abandonar [o caso], eu vou pra minha terapia, pra minha supervisão, eu vou me cuidar. Mas eu também passo, a saber, que é um limite enquanto pessoa, enquanto profissional. Eu não trabalho bem, eu posso trabalhar, mas eu não trabalho tão bem quanto com outros casos clínicos. (*sic*).

Marcela alertou que essas ponderações devem ser sempre realizadas para que o At tenha clareza de suas facilidades e limitações. Então, por estar preocupada com estas questões, atualmente, se dedica, além da clínica, à supervisão a Ats e a oferecer cursos e palestras sobre a clínica do AT.

Larissa, At e psicóloga, teve sua trajetória diferente dos demais participantes, pois partiu de uma vivência prática, iniciada há 18 anos, enquanto ainda era estudante do curso de graduação em psicologia. Foi indicada por sua terapeuta para acompanhar um caso. Aceitou o convite e, posteriormente, acolheu a sugestão de buscar uma base teórica para sua prática, além de supervisão que foi quando iniciou o curso de formação em AT oferecido na nossa cidade.

A At falou que em todo seu percurso na clínica, sente que foi escolhida para estar em alguns locais e para acompanhar diferentes públicos – depressão, psicose, alcoolismo, terceira idade –, aceitando os convites com muito entusiasmo. Trabalhou durante 9 (nove) anos como

At em uma organização não governamental, localizada na nossa cidade, especializada na prevenção, tratamento e reabilitação de usuários e dependentes de álcool e outras drogas.

Atualmente, Larissa oferece supervisão, mas não exerce a ação clínica com acompanhados e narra que está vinculada ao AT:

Primeiro pela história, é uma história que faz parte de mim, que eu me sinto apropriada. E é uma coisa (pausa) Eu me sinto sempre At . . . a gente tem uma outra escuta no consultório depois de passar pela função do At, né? Amplia, entende? Porque, o consultório . . . protege de muita coisa, você tá ali (risos) muito protegido sobre vários aspectos e quando você tá na rua, você tá completamente desprotegida, entendeu? Você e o mundo e aquela pessoa ali. Então, Isso dá condição da gente se apropriar muito da função . . . O AT é uma coisa que não é fácil não . . . Hoje, a minha relação é essa da apropriação pela história, pelo sentimento, porque é uma função e é um trabalho. É um trabalho que eu gosto muito e que eu entendo o meu limite. Do mesmo jeito vai chegar a hora no consultório que eu vou dizer “paro por aqui”, mas vou ser sempre psicóloga, vou ser sempre At, vou ser sempre alguém que olha o outro e quer chegar perto daquele mundo. Então, a formação oficializa isso, mas é algo que a gente precisa ter dentro. Qualquer trabalho, qualquer função, é vocação. (*sic*).

Nesse viés, apresentamos Felipe que é, além de At e psicólogo, formador e supervisor em AT. Teve seu primeiro contato com o AT, na década de 1980, através de textos argentinos que tratavam da psicanálise e da prática clínica inovadora do AT, apresentados por uma professora na graduação de psicologia. Realizou seu estágio curricular obrigatório do curso em uma clínica na nossa cidade que fechou. Na ocasião, optou por essa instituição, porque

havia a prática clínica do AT, sendo que, nessa época, o profissional era chamado de “auxiliar psiquiátrico”, como nomeou Carmem Dametto (1972).

Nesse espaço havia supervisão e um grupo de estudo que dava suporte à experiência clínica que vinha desenvolvendo. Vivenciou o AT interno e externo à instituição, individual e grupal.

O At mostrou-se saudoso ao falar desse período e contextualiza sua experiência em um momento histórico, no qual teve a oportunidade de conhecer e assistir palestras e cursos com pessoas importantes para o AT, tais como: Eduardo Kalina, Carmem Dametto e as autoras argentinas Mauer e Resnizky. E acrescentou:

Não era só o AT, eu venho de um contato com a forma de trabalhar em grupo, não é? Era uma mentalidade grupal que eu acho que é assim (pausa) na época, havia mais do que hoje uma mentalidade grupal. Era uma época em que estava abrindo a questão política no Brasil, isso interferiu muito. A gente estava podendo ler as coisas. Eu me lembro na faculdade, meus professores estavam muito empolgados, porque estava se podendo voltar a ler determinados autores que a ditadura proibiu. Era a abertura política. Era o grande movimento de passeatas, não é? De Diretas Já. Então, existia um clima propício pra essas práticas . . . Existia toda uma ideologia e, além disso, existia um envolvimento afetivo das pessoas nesse compromisso sócio-político. Não era só uma questão pedagógica. Eu digo que eu tive formadores, eu não tive professores. Eu tive o privilégio de, na época, ter formadores, sou muito grato a todos eles. Na universidade, eu fiz grandes amigos e grandes formadores, pessoas que me apresentaram filosofias, me apresentaram teorias, pessoas. Então, isso de certa forma construiu a minha formação e foi me construindo como pessoa também. Esses autores, esses professores, essas pessoas. (*sic*).

Felipe também contou que, durante o tempo em que acompanhava seus pacientes na clínica, pois, atualmente, está atuando como supervisor e formador, teve uma vasta experiência com o público de psicose, neuroses graves, álcool e outras drogas. Após 2 (dois) anos, foi convidado pela sua supervisora, na época, para continuar o trabalho que ela vinha realizando, o qual consistia em dá a formação (estudo teórico e supervisão) ao grupo de estagiários e profissionais que trabalhavam na instituição. Contudo, quando a instituição fechou, Felipe seguiu oferecendo formação em seu consultório para outros grupos interessados na prática clínica do AT.

Sobre como reflete a formação em AT, Felipe afirma que quando começou a elaborar essa proposta pensou em

um itinerário, um esboço básico pra que a gente pudesse estudar o AT, mas assim, sem perder a perspectiva da criatividade, da espontaneidade. Eu não queria fechar, como até hoje, né? . . . Engessá-lo, não é? Porque cada grupo que eu dou a formação eu percebo que há uma novidade (pausa) porque num encontro com as pessoas algo de novo surge . . . Nunca um grupo meu foi igual ao outro. Existe esse esboço, eu penso que pra formação do acompanhante terapêutico existe um esboço básico de conhecimento básico, mas que a partir do grupo pode acontecer algo novo, a partir do momento atual pode estar acontecendo algo novo teórico e clínico e que alguém já esteja traduzindo e que isso eu tenho que trazer . . . porque isso faz parte . . . dessa criatividade, dessa liberdade, da práxis, da teoria a clínica. (*sic*).

Foi buscando exatamente essa proposta de formação oferecida por Felipe, indicado por Larissa, que Luciano, nosso último participante, iniciou sua história no AT, há 16 anos, no mesmo período que Marcela.

Nesse instante, percebemos que essas histórias individuais se entrecruzam, há anos, e laços foram se constituindo.

Luciano, At e psicólogo, começou sua prática no AT, antes do período de estágio durante a graduação no curso de psicologia. Nesse tempo, tinha uma carga de trabalho e estudo muito densa, pois

trabalhava de segunda a sexta no banco, durante o dia; segunda a sexta na faculdade, à noite; e, sábado e domingo de manhã e de tarde trabalhando. Viver (pausa) viver era isso, viver era trabalhar, né? Porque aí eu tinha um em Olinda. Tinha outro que era no Janga, tinha outro que era em Candeias e o outro que era em Boa Viagem. Sábado de manhã pra um, sábado de tarde pra outro, domingo de manhã pra um, domingo de tarde pro outro. Era o fim de semana inteiro nessa. (*sic*).

Nessa fala, Luciano exemplifica com clareza, operacionalmente, de que se trata o *setting ambulante* do AT, visto que, o deslocamento físico e as andanças pelos diferentes e distantes bairros da cidade de Recife estão inclusos nas especificidades dessa ação clínica.

Para Luciano, conhecer o AT teve um sentido especial, por causa da filosofia e da vertente política que essa clínica traz consigo desde seu surgimento, pois ela é contextualizada por uma época em que se falava em Reforma Psiquiátrica e em evitar internamentos. Assemelhando-se ao sentimento e à compreensão do viés político tratado por Felipe e discutido teoricamente por Palombini (2006), quando a autora trata da implicação de todos os atores sociais na ação de favorecer o entrelaçamento dos elementos que compõem dispositivos, tais como a Reforma Psiquiátrica e o AT, e os fazem funcionar, acontecer.

No final de 2011, Luciano parou de realizar acompanhamentos de longa duração, mas ainda mantém o vínculo com alguns acompanhados, seja por telefone ou através de encontros

pontuais em situações especiais da vida deles. Hoje, Luciano se percebe vivenciando a clínica do AT por outro ângulo, ou seja, como profissional psicólogo que trabalha em equipe com Ats.

Diante dessa breve apresentação dos participantes desta pesquisa, um elemento importante a ser observado é que todos têm em comum a formação em psicologia, inclusive eu, o que demonstra quão atual é o dado que fora apresentado por Carvalho (2004), quando tratava do perfil do profissional At no Brasil.

Abordando esse assunto, Bruna fala que, por mais que existam Ats com outras formações profissionais, ela percebe que falta “estudar um pouco, tá faltando talvez traçar melhor o perfil . . . do bom At” (*sic*), para que isso possa ser melhor estimulado na formação em AT.

Então, por perceber essa carência, por praticidade e pela convivência com a classe psi, Bruna falou que já procura psicólogos, geralmente seus ex-alunos, para dar treinamento com o intuito de que eles possam tornar-se Ats e fazer parte de sua equipe.

A respeito dessa mesma temática, Felipe conta que a maioria das pessoas que o procura são estudantes de psicologia ou já psicólogos graduados, mas que, atualmente, tem tido a experiência de formar uma equipe de profissionais variados em um serviço público – vão desde os administradores aos funcionários de serviços gerais –, sendo todos participantes do mesmo grupo.

É preciso perceber as singularidades dos dois modos de conduzir os aspirantes a Ats que são utilizados por esses dois profissionais. Bruna oferece treinamento e não formação. Ela esclarece a diferença e afirma que treinamento é mais focal e tem menor duração, portanto, em paralelo a isso, ela orienta leituras e dá supervisão. Enquanto Felipe, tem uma proposta de formação com durabilidade de 2 anos e meio, com encontros semanais com

duração de 2h cada, envolvendo estudos teóricos e supervisão em grupo e, atualmente, está no processo de formação da 11ª turma.

Ao abordar a questão da formação de cada participante, uma temática polêmica no campo do AT surgiu, especialmente com Bruna que foi a primeira participante com quem me encontrei, pois ela falou da realização do exercício das funções de psicólogo e At, simultaneamente. Ao seu modo de compreender a clínica do AT, o profissional

pode ser psicólogo e At, ou ele pode ser só o At ou só o psicólogo . . . [porque] dentro da nossa abordagem . . . são papéis. Na hora que eu tô aqui no consultório, eu tô fazendo o papel de psicóloga, na hora que a gente sai pra colocar em prática ou pra vivenciar . . . pode ser na praia, no shopping, enfim . . . no contexto que realmente for necessário. Aí, naquele momento, eu estou fazendo o AT. (*sic*).

Sobre esse assunto, os outros participantes relataram situações vivenciadas semelhantes, porém iniciaram o vínculo com o paciente como At e, a posteriori, o paciente passou a ser atendido no consultório. Afirmaram que as experiências foram bem sucedidas, mas acreditam que, atualmente, com a expansão da clínica, com o maior entendimento dessa prática e o maior interesse das pessoas em tornarem-se Ats, é melhor que se evite esse tipo de estratégia.

Vale salientar que, todos trouxeram a vivência desses papéis, contextualizando um período de transição, diferentemente de Bruna que se sente apoiada pela sua abordagem clínica, a qual lhe dá suporte para a experiência simultânea quando necessário, pois compreende que “ser At [fundamentada na terapia cognitivo comportamental] é . . . tentar . . . trazer a terapia pra dentro do dia a dia do paciente” (*sic*). Entretanto, a At afirma que evita assumir esses papéis simultaneamente e busca introduzir outros Ats no caso, até pela

importância na vida do acompanhado da ampliação e da construção de vínculos com diferentes pessoas.

Diante dessas afirmações, eu trouxe para nossos debates em pares, meu olhar sobre essa divergência de compreensões entre papel/função At e profissão At. Pois desde que comecei a estudar a clínica do AT, já me inquietei com esse discurso, porque eu tinha sempre a sensação que o AT não tinha um lugar, um contorno para sua prática clínica, algo que o fundamentasse sem necessitar tornar-se uma dissidência das escolas ou abordagens clínicas da psicologia.

Marcela, a partir dessa minha fala provocativa e angustiada, afirmou que, realmente o AT não tem esse lugar, mas que os profissionais vêm construindo-o. Felipe já se mostrou mais preocupado em contextualizar a trajetória histórica da clínica do AT e lembrou que foi na Argentina que o AT surgiu, então, a tendência é que nesse país algumas interrogações já estejam respondidas e algumas questões superadas, diferentemente do Brasil que teve influência argentina e americana, visto que, Marcelo Blaya teve sua experiência nos Estados Unidos.

Entretanto, ainda inquieta com essa questão, eu compartilhei com todos os participantes que só pude me tranquilizar para continuar minha trajetória no AT – porque em muitos momentos pensei em desistir de investir na minha formação – quando, além de tratar dessa discussão em meu grupo de formação, tive acesso a alguns dados no decorrer dos meus estudos para a composição desta pesquisa.

Dentre eles estão algumas publicações argentinas atuais, notícias do congresso de AT que aconteceu esse ano na Argentina, através do meu supervisor em AT que presenciou o evento, minhas experiências clínicas díspares como psicóloga e como At, e, principalmente, o código de ética desenvolvido pela AATRA.

Esse último, em particular, porque, além de ter me favorecido subsídios para afirmar minha ação clínica, contribuiu para uma compreensão da clínica do AT mais estabelecida, no sentido da uniformidade da concepção do que é e do lugar que o At assume profissionalmente. Portanto, esse entendimento do AT instituído, enquanto profissão regulamentada com normas e diretrizes construídas e compartilhadas coletivamente, demonstra a vivência grupal necessária à clínica do AT no Brasil.

Diante dessa informação, Bruna fala que a profissionalização do At pode vir a ser algo alarmante para uma parte da classe psi que se acomoda no consultório e não recorre a outras estratégias clínicas que promovam a melhora dos clientes. Então, é provável que essa parcela se sinta ameaçada diante da possibilidade de perda da clientela.

Marcela e Felipe também falaram sobre o assunto e contaram que têm tido informações sobre alguns profissionais psis que têm se promovido como Ats na cidade, sem nunca terem passado por nenhuma espécie de formação, estudo teórico ou supervisão em AT. Situação que assusta a nós Ats, pois o AT tem se expandido, então, muitos falam das demandas contemporâneas, discursam sobre a ação política que o AT carrega desde seu nascedouro comumente com a Reforma Psiquiátrica e alguns adotam a nomenclatura de At sem conhecerem, de fato, a serviço de que e de quem surge esta clínica.

Deparamo-nos com ausência de um órgão regulador dessa prática clínica e com uma classe de profissionais que ainda não se reconhecem como tal e, por isso, as ações a serem realizadas contra essas posturas – algumas antiéticas, pautadas apenas por interesses econômicos e outras com um ideal compreensível, mas com um entendimento truncado sobre o AT –, são limitadas.

Mas o que podemos e devemos fazer é operacionalizar o discurso do AT enquanto dispositivo de cuidado e clínica do cotidiano, pois não basta apenas sabermos e guardarmos nossos conhecimentos para nós ou compartilharmos apenas com um grupo seletivo, mas é

preciso que nós, enquanto Ats e atores na realidade social, assumamos o compromisso de esclarecer o meio científico, os outros profissionais e a população.

Tal esclarecimento pode se dá de diversos modos, entre eles cito principalmente dois: a propagação das informações sobre a clínica do AT através de eventos e a divulgação dos espaços e profissionais que oferecem formação, treinamento e supervisão em AT nas mídias.

Diante dessa problemática, recorreremos à compreensão dos Ats sobre as especificidades da ação clínica do profissional At.

Os participantes falaram que é preciso que o At tenha algumas características, o que está para além do conhecimento teórico, com isso citaram alguns modos de ser necessários ao At, dentre eles podemos listar: ser ético, ser educado, ser responsável, ser criativo, ter habilidades de percepção e observação, ter a sensibilidade de perceber o *feeling* diante das situações que acontecem no espaço cotidiano, perceber o limite tênue entre dar ou não limite e como dar, saber ser próximo sem ser íntimo e, por fim, considerar muito a emoção.

Uma frase marcante que todos os participantes citaram ao falar sobre esse assunto, individualmente, foi “não é para todo mundo ser At”. E complementando com uma ideia do meu supervisor na clínica do AT, essa frase precisa ser concluída alertando que para ser At é preciso, além de ter conhecimento teórico e técnico, ter disponibilidade afetiva e temporal, pois não podemos adequar os acompanhados aos nossos horários, mas todo o projeto terapêutico tem que ser construído singularmente com base nas atividades necessárias ao acompanhado e, por isso, o *setting* do AT é *ambulante*, o enquadre é sustentado pelo *vínculo* estabelecido entre At e acompanhado e o tratamento acontece por causa da *relação* que se constitui a cada dia.

Ao falar sobre disponibilidade afetiva com Bruna, me percebi pondo em cheque um preconceito que tinha a respeito do investimento afetivo na relação terapêutica, fundamentada na terapia cognitivo comportamental. Comentei que, geralmente, se concebe que nessa

perspectiva o vínculo afetivo fica em detrimento do comportamento, isto porque a intervenção se dá a nível comportamental com foco na aprendizagem.

Mas é preciso expor que as duas pessoas que mais me sensibilizaram, no sentido de mexer com meus afetos e sentimento, ao falar de sua experiência como At foram Bruna, com seu modo gentil e entusiasmado, e Larissa que, com seu modo acolhedor, sua voz suave e firme, me emocionou e, ao final, me fez chorar.

Esse choro, posso afirmar que, está interligado com todo o investimento afetivo nesta pesquisa, visto que com Bruna iniciei essa conversação e com Larissa, finalizei. Então, articular e perceber na fala a intensidade do amor, do vínculo e do investimento afetivo pelo ângulo da vivência do profissional é tocante, já que muito se fala e se escreve a partir dos sentimentos mobilizados nos clientes e não pelos clientes, nos profissionais.

Então, percebi que a clínica do AT tem também essa potência, por favorecer que o At se comprometa, se envolva e se permita vivenciar as diversas e mais inusitadas situações, assim como todos narraram. E, em especial, inevitavelmente possibilita que o At entre em contato com seus sentimentos mais íntimos e mais obscuros, com seus conteúdos mais primitivos.

Pois é a partir daí que essa clínica do cuidado se constitui, já que como disse Larissa: “Enquanto eu achava que estava sendo cuidada, eu fui muito cuidada. Então, eu acho que é uma coisa legal também da gente pensar . . . Eles [os acompanhados] dão tanto e isso alimenta.” (*sic*). Ela encerra essa elaboração destacando que, para além de todas as compreensões que possamos ter sobre o profissional At, ele é um “profissional da emoção” (*sic*), pois precisamos lidar com o nosso mundo emocional, com o do outro e, portanto, com a emoção presente na vida cotidiana.

Percebi que todos comungavam dessa compreensão de cuidado, já que falaram da importância do At ser e se sentir cuidado, ter uma válvula de escape, um espaço onde possa

metabolizar o que foi experienciado na ação e na relação com o acompanhado. Na verdade, nos referimos ao conhecido tripé que sustenta toda a ação clínica de um profissional: estudo teórico, supervisão e trabalho pessoal.

Sobre esse tripé, todos afirmaram: a importância da vivência cotidiana com o acompanhado é algo que supera o estudo teórico, mas que não o substitui; a supervisão precisa ser dada por um profissional com experiência cronológica maior que o At na clínica do AT; e o trabalho pessoal é imperativo para o exercício profissional, pois é preciso que cada um possa trabalhar sua onipotência e seu narcisismo.

Com Felipe, Larissa e Luciano pude conversar mais especificamente sobre uma temática importante a ser discutida que é o abandono gradativo da prática clínica do AT, visto que os três estão vinculados de outro modo com o AT que não o contato direto com acompanhados no cotidiano.

Todos afirmaram que existem vários fatores para esse fenômeno no AT, dentre eles estão a indisponibilidade temporal, o desgaste físico que a atividade do AT gera e a má remuneração, podendo ser atribuída pelas faltas de conhecimento e reconhecimento da importância desse trabalho complementar ao tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, físico ou ambos.

Entretanto, eles sentem-se vinculados, atualmente, ao AT, primeiramente pela construção sólida de uma história de uma ampla experiência profissional no exercício clínico do AT; pelo trabalho que desenvolvem em equipe, inserindo Ats para trabalharem em parceria com eles, enquanto psicólogos; pela formação oferecida em AT; e, pela prática como supervisores em AT. Acrescentam também que há a possibilidade de vincular-se ao AT também através da pesquisa, como é meu caso.

Sobre essa última possibilidade de atuação no campo do AT, os interroguei sobre o porquê de eles desenvolverem uma prática clínica há anos na cidade de Recife-PE e não existir nenhum material publicado sobre essa ação clínica.

Todos os cinco me falaram que, por escolha e afinidade, se percebem mais clínicos que teóricos e pesquisadores, então, buscaram outros meios para propagarem o AT, tais como grupos de estudo, rodas de conversa entre profissionais e a própria prática clínica, o que não caracteriza vínculo acadêmico e não tem respaldo científico.

No entanto, Felipe falou que tem pensado na formalização e em uma melhor divulgação de seu trabalho com formação, pois tem percebido a carência e as distorções que vêm se dando no campo do AT na cidade.

Com base nesse panorama, percebemos que o campo do AT é vasto e apresenta diversas possibilidades de continuidade de ação que vão para além da prática cotidiana com acompanhados. Porém, é importante assinalar que tais ações são possíveis quando há o “sentir na pele” (*sic*, Felipe, Luciano e Marcela) da vivência em AT.

Comungo desta reflexão que permeou o discurso de alguns participantes, pois na minha trajetória senti uma diferença significativa no meu modo de compreender e escrever sobre o AT, visto que, iniciei esta pesquisa sem a prática clínica com acompanhados e o contato com o acontecer da clínica do AT se dava apenas através do encantamento da escuta do relato dos Ats e das leituras que vinha realizando.

Contudo, quando comecei a experienciar, a sentir na pele, tal experiência me desalojou, me provocou e me fez assumir de um modo muito mais comprometido o AT e inseri-lo em meus projetos profissionais.

É importante abordarmos uma questão que demonstra uma vivência nova na cidade de Recife, embora estivesse há vários anos no campo do desejo de muitos profissionais, que é a abertura dos serviços públicos, não só para a prática do AT, mas para a formação dos

profissionais da rede em Ats. O que vem acontecendo, a partir desse ano de 2012, com a inserção do formador Felipe em um dos serviços substitutivos da rede de saúde mental da cidade.

Percebemos que essa é uma tendência dos novos rumos que as políticas públicas vêm tomando, por se perceberem diante de diversas urgências, dentre elas: as demandas da população que vive em sofrimento psíquico, físico ou ambos, a própria necessidade dos profissionais que se percebem carentes de um respaldo teórico e técnico para sua prática e, o surgimento de novos serviços substitutivos que estão sendo construídos para melhor atender à população.

Desse modo, fica explícito que esses “novos” profissionais precisam ser agregados à equipe que, mesmo com caráter multiprofissional, constata que não há como dá conta de tantas especificidades da clínica, contando apenas com os profissionais já regulamentados nos serviços e com suas funções delimitadas.

Essa realidade corrobora que o AT é, de fato, um dispositivo aos moldes foucaultianos, por trazer consigo três características fundamentais: o caráter de novidade, o objetivo de atender a uma urgência histórica e está atrelado a novos dispositivos futuros. (Foucault, 1985; Palombini, 2006; Mauer & Resnizky, 2011).

Vale lembrar que, no Brasil, em específico no Rio Grande do Sul, assim como nos relata Silva (2012), o At já é um cargo oficializado na rede pública. Portanto, almejamos que em nossa cidade também venha a acontecer seleções públicas oficiais que promovam a inserção dos Ats nos serviços, agregando capacitações com estudos teóricos específicos e supervisão, no intuito de oferecer suporte aos profissionais para assumirem sua função e seu lugar nos diferentes espaços da rede social, seja na esfera pública ou privada.

É importante também ressaltar que na nossa cidade é desenvolvida há 15 anos uma prática diferenciada de AT em instituição, citada por Larissa, pois ela teve essa vivência por

nove anos, distintamente dos outros Ats participantes desta pesquisa, exceto eu que tive a oportunidade de conhecer essa prática institucional.

Partindo dessa vivência, Larissa destaca que o que mais caracteriza a diferença do AT particular para o AT em instituição é o trabalho em equipe, pois na instituição a equipe multidisciplinar já existe, tem uma sistemática de funcionamento e o diálogo é garantido, já quando o At trabalha em parceria, com no mínimo o psiquiatra e/ou o psicólogo, é preciso ter criatividade e encontrar modos de viabilizar diálogos que favorecem a melhor realização do trabalho, o que nem sempre acontece facilmente.

Larissa afirma que a função do At na instituição é ser ego auxiliar – conceito cunhado por Moreno, utilizado no Psicodrama, o qual recorre à dramatização de cenas para complementar o processo terapêutico –, isto é, aquela pessoa que acompanha e cuida da instituição e dos clientes, no sentido de propiciar que ele perceba sua vivência, sendo também extensão do terapeuta, pois Larissa conta que “a gente fazia uma tradução . . . a gente metabolizava a terapia deles, eles traziam o que eles viviam e o que se passava na terapia” (*sic*). Além disso, o At também desenvolve atividades cotidianas junto com os clientes, desde as refeições, conversas ou atividades lúdicas.

Nesse trecho, Larissa aborda duas funções do At que Kalina (1986/1988), no início dessa prática clínica, apontou e que foram atualizadas pelas autoras Mauer e Resnizky (2003/2008), são elas:

1. Ajudar e “reinvestir” (o que Larissa chamou de *ser ego auxiliar* e o que Kalina (1986/1988) tituló como *emprestar o eu*) que vem a ser a habilidade do At em intervir ativamente e, até decidir pelo acompanhado quando ele não for capaz de fazê-lo por si mesmo, de um modo que favoreça uma maior e melhor organização psíquica, para que ele possa, paulatinamente, vir a reinvestir em seus aspectos saudáveis e exercitar o cuidado de si.

2. Habilitar um espaço para pensar (Larissa chamou de *ser extensão do terapeuta* e Kalina (1986/1988) chamara de *representar o terapeuta*), pois o At, intervém nas ações e acontecimentos que se dão no cotidiano, sendo muitas vezes o “intérprete” dos conteúdos trabalhados na psicoterapia, mas também será a pessoa que vai “emprestar seu aparelho psíquico” (*sic*, Felipe), com o intuito de auxiliar o acompanhado no processamento e metabolização das informações e acontecimentos cotidianos, o que possibilita o alargamento das fronteiras de comunicação do acompanhado. (Mauer & Resnizky, 2003/2008).

Conforme percebemos acima, pela importância de melhor esclarecer o lugar desse profissional, torna-se indispensável citar as suas outras seis funções. Seguem-nas:

3. Conter o acompanhado, o que vai para além da contenção física – em alguns casos se torna necessária – e abrange uma dimensão psíquica que compreende ações como proteger, “agasalhar”, “envelopar”, ofertar suporte, para que o acompanhado possa conseguir lidar com o desamparo, angústias e medos, a partir da segurança do vínculo estabelecido.

4. Oferecer-se como referente (já foi chamado de “modelo de identificação”), no sentido de orientador, não mais modelo a ser adotado, que apresenta diferentes modos de agir e reagir frente às vicissitudes de situações que ocorrem no exato momento em que At e acompanhado vivenciam as tramas da vida cotidiana. Desse modo, é possível tanto romper com a repetição de vínculos adoecidos do acompanhado como ele aprender a experimentar esperar e postergar, de acordo com as circunstâncias.

5. Registrar e ajudar a desenvolver a capacidade criativa do acompanhado, o que implica no trabalho do próprio At em perceber e desenvolver seu potencial criativo, isto é, estimular as áreas mais organizadas e saudáveis da personalidade em detrimento dos aspectos mais desajustados e adoecidos.

6. Contribuir com um olhar ampliado do mundo objetivo do acompanhado, já que o At estabelece um contato cotidiano com os modos de ser do acompanhado em diversos âmbitos, com distintas pessoas, frente a várias emoções e diante de algumas condutas de sua vida diária, relacionadas à alimentação, ao sono e à higiene pessoal. Tais percepções são essenciais para estabelecer estratégias clínicas necessárias ao projeto terapêutico singular do acompanhado.

7. Orientar no espaço social, isto porque, devido ao adoecimento, o acompanhado pode não se sentir pertencente ou não conseguir dominar o espaço social, no qual está inserido. Portanto, o At tem por função facilitar o reencontro ou a descoberta de novos modos de atuar nesse espaço social.

8. Intervir na trama familiar, pois é um dos espaços que o At está inserido. Portanto, ele pode contribuir mediando algumas situações conflituosas entre o acompanhado e seus familiares.

Todas essas oito funções são experimentadas pelos Ats em suas mais variadas formas, visto que, como nos mostraram Bruna, Marcela, Larissa, Felipe e Luciano, a ação clínica dos Ats tem muitas especificidades, abrangendo um leque variado de possibilidades de atuação.

É importante destacar que, diante de uma prática ampla que vem se desenvolvendo na cidade de Recife-PE, nenhum dos Ats desenvolve trabalhos com crianças e desconhecem alguém que acompanhe esse público específico.

4. 2 Lançados no Horizonte da Conversação: um Encontro Coletivo

Baseados na compreensão de que a ação clínica do AT se desenvolve na coletividade e que pode ser vivida de distintos modos – na família, na equipe, no cenário cotidiano que

envolve diversos personagens ou na parceria entre At e acompanhado –, promovemos um encontro com todos os personagens deste estudo, onde foi possível o acontecer da conversação com caráter de espontaneidade e novidade.

Acreditamos que o AT, enquanto clínica em construção, necessita aproximar os personagens que vêm atuando nesse cenário e favorecer momentos de conversação, onde nada é mais de um ou de outro At, mas é de todos, é da clínica do AT, onde horizontes se fundem, constituindo um todo coletivo.

Desse modo, cada At trouxe sua tradição – horizonte histórico – e a pôs em cena, o que é possível ser ilustrado desde o momento inicial, quando eu falei sobre minhas andanças no campo do AT que culminou nesta pesquisa e propus que todos pudessem também se apresentar e trazer um pouco de sua história, para que, já mobilizados pelo momento inicial / individual, as indagações, os incômodos e reflexões pudessem vir à tona, inclusive as minhas questões, pois não fui apenas pesquisadora, aos moldes tradicionais, mas fui participante ativa nesse processo de encontros em pares, encontro coletivo, afetações, construções e desconstruções.

Então, logo nesse instante, já foi perceptível a disposição de abertura do grupo, pois as histórias se entrecruzaram, visto que, primeiramente, todos estiveram presentes no 1º Encontro Pernambucano de AT, em 2009, que foi onde eu conheci essa clínica, me encantei e comecei a buscar minha inserção nessa rede de profissionais.

Além disso, quatro dos participantes mantêm vínculos profissionais e de amizade há anos, porém alguns não estavam sabendo dos projetos de vida, profissional e também pessoal, atuais de cada um, o que foi demonstrado através de alguns momentos de descontração quando (re) lembraram e (re) contaram algumas vivências, regadas ao bom humor.

A participante Bruna foi a personagem mais nova no grupo, o que gerou curiosidades tanto por parte dos demais que se interessaram em conhecer melhor a prática clínica dela,

tanto por parte dela que se mostrou disponível para saber sobre a ação clínica que os outros participantes vêm desenvolvendo.

É preciso ressaltar que o fator impeditivo da aproximação anterior desses profissionais, ainda que todos fossem conhecidos, está relacionado com o fato de, por todos serem psicólogos, cada um tem sua fundamentação teórica em abordagens distintas do campo da psicologia, o que implica em visões de homem e de mundo peculiares. Bruna está fundamentada pela Terapia Cognitivo Comportamental e os demais pela Psicanálise.

Sobre esses modos característicos de compreensão de homem e de mundo, Marcela pôs em xeque uma questão intrínseca à tradição que cada abordagem traz consigo, pois afirmou que se percebeu pensativa, após a entrevista individual sobre a questão do At ser At e terapeuta do mesmo cliente. E, portanto, optou por compartilhar com o grupo, já que este seria um espaço para conversação, principalmente, por ser possível um diálogo com Bruna, representante de outro modo de compreensão dessa prática.

Marcela, então, expôs que, por mais que já tenha vivenciado esse exercício – pela necessidade, pela falta de maturidade e por acreditar que foi preciso ir vivendo para formar sua opinião –, atualmente, não acredita que isso seja saudável, como também não concorda com a prática do profissional iniciar como At e depois passar para o consultório, por crer que o acompanhado precisa ampliar seus vínculos e seu trânsito pela rede social.

Bruna concordou, porém explicou que assume esse tipo de prática por, muitas vezes, não ter opção de outros profissionais disponíveis que ela possa incorporar na sua equipe, quando está exercendo a função de terapeuta. Marcela corroborou essa falta de instrumental – Ats capacitados – na cidade, para favorecer uma melhor execução dessa ferramenta – AT.

Sobre essa questão polêmica, o grupo a tratou como um tema especialmente delicado, por causa das distintas compreensões sustentadas pelas abordagens clínicas, sendo a compreensão psicanalítica tida como mais rigorosa, no sentido de delimitar o lugar e a função

desses dois profissionais e, a Terapia Cognitiva Comportamental, como mais flexível, devido ao entendimento dessas ações como papéis a serem desempenhados.

Tomado por essas elucubrações, Felipe ponderou que é pertinente pensar sobre esses e outros assuntos, principalmente, porque o AT está vivenciando um momento de muita produção teórica e técnica e, por isso, alerta que é preciso que tomemos cuidado para “não deformar o AT” (*sic*).

Acrescenta que, na Argentina houve uma discussão acerca dessa temática durante o Congresso Internacional de AT que ocorreu esse ano, 2012, e, segundo Felipe, os profissionais desse país consideram o At como profissional e avaliam essa alternância entre papéis – At e terapeuta – por um mesmo profissional “inadmissível” (*sic*). Devido a essas novas configurações e delimitações do lugar do At, Felipe afirma que tem se preocupado com a formalização da formação em AT que vem oferecendo na nossa cidade, pois afirma que

o AT entra em contato com [várias] teorias [e] a psicanálise só não dá conta. [Então, o AT] dá essa ampliação de visão de homem e de mundo e aí você começa a pensar a clínica de outra forma. É uma quebra de paradigmas. (*sic*).

Mas Felipe diz que se faz necessário que isso seja construído coletivamente em nossa cidade e, por isso, expôs que está havendo um movimento grupal, junto a Marcela e outra At, além de diversos profissionais de outro estado brasileiro, para pensar essa questão.

Diante dessa informação, Bruna mobilizou-se e desabafou com o grupo que se sente solitária em sua abordagem, em Recife, e diz perceber que alguns profissionais estão acomodados com o conforto do consultório e com o retorno financeiro da psicoterapia que é maior que no AT e, por esses motivos, não buscam ampliar as possibilidades de cuidado, inserindo no tratamento dos clientes, Ats.

Comungando desse incômodo, Luciano falou sobre quão importante é o psicoterapeuta que tem esse olhar ampliado de cuidado, sinalizar para a família e para o cliente que, em determinados casos, o tratamento psicológico não há como progredir sem a intervenção do At.

Felipe falou que isso também o incomoda, porque esse ato representa a “negligência” (*sic*) diante do cuidado com um ser humano. Isso quando o profissional sabe da existência da ferramenta – AT – que pode ser utilizada para que a pessoa que está em sofrimento cresça e não a utiliza.

Vale destacar, a partir dessa afirmação que, na nossa cidade, há um desconhecimento do que é o AT e quais as funções do At, embora essa prática clínica venha sendo desenvolvida desde a década de 1970 e, pelos participantes desta pesquisa, a partir da década de 1980. Então, é importante, portanto, assumirmos esse compromisso grupal de veicularmos cada vez mais essas informações.

Baseados nisso, os participantes comentaram que todos são mais voltados para o exercício da clínica e, percebem que essa ação nas redes sociais da cidade de Recife-PE está sendo intensamente vivenciada e, tendo implicações diretas na vida das pessoas que vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico, físico ou ambos. Todavia, afirmaram que percebem a importância da realização deste estudo, para que o AT também possa adquirir um “carácter mais científico e acadêmico, porque é preciso falar sobre o AT nas academias” (*sic*, Felipe).

Com relação ao desenvolvimento da ação clínica dos Ats, Marcela traz a comparação de sua percepção desse avanço em três estados brasileiros – Recife-PE, João Pessoa-PB e Rio Grande do Sul –, pois tem sido chamada para apresentar o AT em João Pessoa-PB, tratando de sua vivência como At, onde, até este ano, não havia prática nem formação teórica.

Também teve a oportunidade de ouvir representantes do AT no Rio Grande do Sul (estado geograficamente próximo à Argentina – berço do AT, como nos lembrou Luciano) que já aborda essa clínica de um modo mais ampliado com diversas possibilidades de ações, as quais são percebidas, primeiramente, pela amplitude da oferta e procura de Ats e, através das atividades que são desempenhadas que tratam de outra realidade social, econômica, política e acadêmica mais desenvolvida.

Sobre essa disparidade, Felipe acrescenta o desenvolvimento da experiência, não apenas clínica, mas também acadêmica do AT nos estados de São Paulo, Brasília e Belo Horizonte.

A respeito da percepção de como vem se dando a ação clínica dos Ats na nossa cidade, Felipe fala que percebe o AT mais amadurecido, porém precisando ainda ser divulgado, visto que, entende que os Ats têm vivenciado muito mais a clínica em pequenos grupos e não têm feito as informações circularem.

Entretanto, atualmente, por compreender o AT como polifônico, isto é, podendo ser falado por diversas vozes, a partir de distintas abordagens teóricas da psicologia e de outras ciências, Felipe mostra-se em uma disposição de abertura e convida a At Bruna para participar desse movimento pela divulgação do AT na cidade. Essa abertura também pôde ser percebida no grupo, ao final desse encontro, através da ação da troca de informações que possibilitarão um contato posterior entre os participantes.

No entanto, percebi que, no decorrer do encontro, mesmo com essa fala de Felipe, o grupo se mostrou sempre muito mobilizado quando se abordava questões relativas às diferenças teóricas, portanto, realizei uma provocação, pois eu também me percebi incomodada com essa temática, desde a construção teórica desta pesquisa, quando optei por não vincular o AT a nenhuma teoria específica da psicologia clínica.

Sobre isso, Luciano disse que não consegue “descolar, [devido a sua] experiência e formação, o AT da psicanálise” (*sic*), mas afirma que essa clínica pode sim ser falada por outras vozes, assim como a partir da voz de Bruna nesse grupo.

Também provocados por essa fala, os outros quatro participantes compartilharam dessa percepção, por se perceberem como atores dessa mesma história. E Marcela acrescenta que, eles foram formados com orientação de base analítica e o que vai diferir é a postura no desenvolver da ação clínica, mas o olhar norteador deles é o mesmo.

No entanto, Bruna, por mais que compartilhe dessa compreensão a respeito das diferenças de fundamentação teórica, indagou ao grupo: “Será que teria como a gente colocar a função ou uma parte desse AT que seja do AT, independente de abordagem? Porque eu realmente não sei responder isso” (*sic*).

Marcela responde que o que se assemelha é a forma de fazer, as intervenções e o estar no cotidiano executando atividades junto ao acompanhado. Contudo, “a abordagem serve para o profissional, para nortear” (*sic*) tanto na construção do projeto terapêutico do acompanhado como na leitura que se faz do caso clínico.

Por conseguinte, a partir dessa provocação, foi possível ampliar essa discussão para além das escolas da psicologia e trazer as outras construções teóricas fundamentadas em diferentes profissões, como por exemplo, a enfermagem.

Com base nisso, o grupo trouxe a ideia que a clínica do AT está em processo de construção, de transformação e trata-se de uma intervenção singular que tem vários profissionais exercendo, inclusive estudantes.

Entretanto, essas “várias profissões estão dentro do AT” (*sic*, Felipe). Por isso, o grupo compartilhou da crença que, na formação de AT, é preciso estudar antropologia, filosofia, sociologia, economia, política e outras ciências, para que se construa a “abordagem do AT” (*sic*, Felipe).

Marcela acrescenta que a formação, no início da história do AT em Recife, era voltada para estudantes de psicologia ou psicólogos que almejavam serem Ats. No entanto, atualmente, constata que o desafio é elaborar uma formação em AT, independente da trajetória profissional anterior.

Esse modo de compreender tal contorno do AT implica no desalojar de cada profissional que necessita, agora, “ter entendimento de processos grupais, porque o At vive em grupo, grupo social, grupo familiar” (*sic*, Felipe), porque ele é um profissional singular que precisa lidar com profissionais de especialidades diversas.

Diante disso, Felipe assinala que uma das grandes funções do At é ser elo entre esses profissionais, favorecer o diálogo fluido das informações em prol do exercício do cuidado do acompanhado, “porque a prioridade é o paciente” (*sic*).

Ao citar uma das características essenciais da prática do At que é o trabalho em equipe, os Ats falaram sobre a dificuldade de conseguir trabalhar em uma equipe composta pelos diferentes profissionais necessários ao caso acompanhado.

Eles disseram que em suas experiências, o que frequentemente encontram é uma composição mínima de At, psicoterapeuta e médico, o qual é, geralmente, psiquiatra ou neurologista (especialidade que, de acordo com Marcela, em nossa cidade tem requisitado bastante a inclusão do At) e, em casos graves, com o intuito de evitar internamento, lidam com a presença de um cuidador ou técnico de enfermagem.

Bruna ficou surpresa por saber que a rede de contato com outros profissionais de saúde, além de psiquiatras, está se ampliando e afirmou: “eu não sabia disso” (*sic*). Insta destacar que, nesse momento o grupo percebeu que os Ats, de um modo geral, têm exercidos práticas isoladas, com trabalhos desenvolvidos em pequenas equipes, de modo particular. Quando à prática em instituições, os Ats afirmaram que, ao longo da história do AT em nossa

cidade, os espaços que tinham em sua equipe esse profissional, foram fechados, exceto a organização não-governamental em que a At Larissa trabalhou.

A propósito desse trabalho institucional exercido pelo At, Larissa compreende que trata-se de uma extensão do trabalho do At particular, visto que entra um terceiro elemento nessa relação que é a instituição. Então, esse profissional se institui como “representante institucional na função de At” (*sic*).

Desse modo, ressaltamos que o At se constitui em equipe, intra ou extra instituição, e, de acordo com o código de ética desenvolvido pela AATRA, se não houver outro profissional, o At deve se abster do caso. (Frank & Bustos, 2011).

Contudo, essa informação, dentre tantas outras, ainda não alcançaram a maioria da população recifense, o que reverbera diretamente em uma preocupação que os Ats Felipe e Marcela partilharam com o grupo que é o dizer de muitos profissionais, tanto da rede pública como privada, que são Ats “sem terem formação nenhuma em AT, **formação e informação** do que é a clínica do AT” (*sic*, Marcela).

A respeito da inserção do AT na rede pública, Felipe divide com o grupo a notícia de um trabalho de formação em um serviço substitutivo de saúde mental desenvolvido por ele. O que tem lhe deixado esperançoso e gratificado, por perceber essa abertura como um “trânsito das implicações do que é um AT real, sem deformidades, na relação com a equipe, com a instituição e com os pacientes” (*sic*).

Diante desses elementos que foram sendo compartilhados, solicitei que os participantes pudessem recordar: “O que vocês conseguem visualizar que já foi construído, que já está razoavelmente sedimentado, embora não tenha sido divulgado?” (*sic*).

O grupo se sentiu provocado e todos quiseram expressar suas opiniões simultaneamente, inclusive, porque Marcela questionou ao grupo, se havia realmente algo

sedimentado, porque, diante de seu entendimento, afirmou que “algo que tenha uma visibilidade concreta, nesse nível, acho que a gente ainda não tem” (*sic*).

Seguindo essa linha de raciocínio, comentei sobre minha inquietação diante da percepção frente à carência de produções teóricas, instituições, organizações ou grupos que estejam ativos e atuantes, na atualidade, que sirvam como referência no campo do AT, na nossa cidade.

Por oportuno, Felipe lembrou a existência do Grupo de Acompanhamento Terapêutico (ATOS), fundado em 2008, em Recife, que foi o organizador do único evento sobre AT, de maior visibilidade, na cidade. Então, Marcela contou que “o ATOS foi um sonho que se realizou com muito trabalho. [Porém] aconteceu em um momento complicado de vida de cada um” (*sic*).

Então, em 2009, os integrantes necessitaram investir em diferentes projetos de vida e optaram por desfazer o grupo. Mas antes, assumiram o compromisso de apresentar publicamente o trabalho que vinham realizando desde a década de 1980, o que culminou no 1º Encontro Pernambucano de AT.

Marcela ainda explicou que

o ATOS deixou de existir, mas o sonho dessa instituição, legalização, organização do AT, nunca deixou de existir . . . Agora, o ATOS, ele vai dá frutos. Talvez do ATOS, a gente possa ter até mais instituições que só ele. Ele precisava de um tempo de incubação. Agora, a gente está podendo retomar isso. (*sic*).

E, atualmente,

o ATOS não existe mais, só está no computador [<http://atosgrupoat.com/>] . . . Mas por que eu mantenho lá? Porque seria desonesto apagar, historicamente. Ele precisa ser referenciado . . . A gente vai pensar juntos, agora. Não sei como vai ser, não sei o que vai ser. Mas a ideia é congrega, agregar. E isso vai ser com os Ats. A nível nacional, já é conhecido que em Recife existe AT, até porque a gente teve contato com os principais teóricos do AT. Isso, a nível nacional e internacional. Na Argentina, Recife já foi falado. (*sic*, Felipe).

Em síntese, percebendo as limitações, os Ats almejam que, a partir dessas micro ações que estão sendo pensadas, maturadas e desenvolvidas, embora ainda de modo segregado, possam ser mais compartilhadas, mais divulgadas, para que assim reverbere positivamente nessa clínica que está em construção.

Ademais, o convite para lançamento neste horizonte de conversação foi aceito. Diversas possibilidades, indagações e crenças puderam ser postas em xeque. E tudo isso faz parte desse momento de construção histórica do AT em Recife-PE, do qual são representantes: Felipe e Marcela que se mostraram profundamente ativos em diferentes possibilidades de ações com o AT, na contemporaneidade; Bruna que se revelou bastante interessada em engajar-se nessa rede grupal em nossa cidade, saindo da solidão que lhe incomodava; e, Luciano e Larissa que se mostraram imensamente implicados em suas tradições, nas quais se constituíram Ats e profissionais diferenciados.

Logo, esse encontro coletivo se mostrou indispensável para discorrer sobre as implicações das ações clínicas dos Ats na nossa cidade, pois os próprios profissionais constataram que precisam transitar mais pelas redes sociais e estabelecer uma maior e melhor interlocução com esse grupo de atores e agentes de transformação social.

Esta elucidação pode ser corroborada por essa afirmação de Luciano, posterior ao encontro grupal: “eu vi o quanto, vamos dizer, eu estou desatualizado com o atual processo, porque eu ainda continuo naquela, na minha experiência antiga, anterior, sabe? Porque realmente eu não participei dessas instituições. Eu entrei muito coadjuvante.”. (*sic*).

5 Considerações Finais

Concluimos que o AT é uma estratégia clínica e política que teve como pano de fundo o movimento pela desospitalização, pautado na Reforma Sanitária, culminando no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, o que gerou transformações de caráter ético, clínico, político e ideológico no campo da saúde nas últimas décadas, pois passou a ser uma questão de política pública – dever do Estado –, visando a atender integralmente à população – direito de todos – em todos os níveis de complexidade, isto é, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação.

Destarte, o AT constitui-se um dispositivo por, principalmente, buscar atender a uma urgência histórica com caráter de novidade e criatividade, aliando-se a outros dispositivos passados e contemporâneos, o que possibilita, por meio de suas fissuras, a produção de novos dispositivos e favorece também transformações.

Percebemos que as transformações possibilitadas pela criação do AT até o momento atual não se deram apenas no campo da saúde mental, pois o AT foi tomando uma dimensão que, rapidamente, ultrapassou seus objetivos iniciais, visto que sua operacionalização possibilitou a ampliação do atendimento a uma vasta clientela, de crianças a idosos em sofrimento psíquico, físico ou ambos.

Além disso, a clínica do AT se instituiu como singular, principalmente por abarcar três características fundamentais: a primeira diz respeito ao *setting ambulante*, o que permite um trânsito fluido entre acompanhante e acompanhado por diversos lugares que constituem a rede social, na qual estão inseridos; a segunda, o contato com a família, visto que um dos espaços que o At precisa se inserir é no grupo familiar; e, por último, o trabalho em equipe, já que o At precisa minimamente está acompanhado de outro profissional para realizar seu trabalho.

Pautados nessa perspectiva compreensiva, o AT também se constitui como modalidade de ação clínica, pois propõe uma ação voltada a uma atenção cuidadosa para com o sofrimento do outro, em busca do exercício do cuidado de si e da ampliação de possibilidades, configurando-se como um trabalho auxiliar e complementar aos outros dispositivos de cuidado.

Através de nosso estudo, também buscamos problematizar os novos rumos que a prática clínica dos Ats vem tomando nos últimos anos, a qual vem se expandindo, conquistando seu espaço, ampliando sua clientela, por causa das especificidades dessa atividade que vem beneficiando muitas pessoas que vislumbram autonomia e, conseqüentemente, reinserção social. Isto porque, o AT também é uma forma de denúncia, que é feita, desde seu surgimento, às práticas políticas e sociais de exclusão e violência.

Em síntese, esperamos ter contribuído para a compreensão da clínica do AT, apontando três importantes direções: AT como dispositivo clínico de cuidado, voltado para o acompanhamento de uma vasta clientela nos diversos setores das redes sociais da nossa cidade; AT como possibilidade de modalidade de ação clínica com especificidades inerentes ao seu campo de atuação, a partir da experiência de quem a pratica; e, AT como profissão, regida por um código de Ética, tal como é reconhecida na Argentina.

Todavia, no campo teórico dessa prática clínica ainda existem muitas divergências, deixando em aberto questionamentos importantes para um melhor contorno da clínica do AT, tais como: quais são os requisitos mínimos para exercer a profissão de At? Qual a fundamentação teórica do AT?

Percebendo esses questionamentos sem respostas, ao menos no Brasil, recorreremos à história dessa clínica e compreendemos que ela ainda se apresenta em construção. Mas vale ressaltar que, isso vai além de estudos teóricos, porque esse entendimento de construção

perpassa pela vivência, pela experiência em ação que ultrapassa diversos “muros” e fronteiras.

Desse modo, este estudo propiciou uma abertura para diversas possibilidades compreensivas acerca dessa prática clínica que envolve uma ação humana de solidariedade e solicitude. Deixando sugestões para que essas e outras questões que permeiam essa temática, as quais ainda não foram tão desenvolvidas, problematizadas, socializadas e até citadas no meio científico, possam ser aprofundadas em outras pesquisas, as quais possam vir a fazer uso de outro tipo de delineamento metodológico, preenchendo assim, as lacunas deixadas acerca desse tema neste trabalho.

Isto porque percebemos que, com todo o avanço, ainda há disparidade no desenvolvimento dessa prática clínica entre as realidades da Argentina e do Brasil, em particular, Recife-PE. Principalmente, no que tange o respaldo científico e o reconhecimento como profissão da atividade desenvolvida pelos Ats.

Percebemos que, na Argentina, há problematizações que já não são mais necessárias serem discutidas na literatura, por causa do contorno que vem sendo dado à paisagem do AT neste país, em especial pela legalização da profissão do At, pela criação da AATRA e pela inserção no meio acadêmico.

No entanto, no Brasil, a literatura ainda demonstra a carência dessa “moldura”, diante dos rumos heterogêneos que alguns autores em destaque na história do AT foram tomando, o que se reflete em opiniões divergentes quanto a questões fundamentais que envolvem uma prática clínica a ser desenvolvida por um profissional singular, as quais se reverberam no contexto da cidade de Recife-PE. O que tem ligação com a divergência existente entre as compreensões do At como função ou profissão.

Insta destacar que, em Recife, está muito explícita a compreensão do AT como função. Entretanto, a inquietude dos Ats e o contato direto com a influência dos teóricos

argentinos, apontam para a busca de um lugar cada vez mais delimitado para esse campo de atuação, o que inclui organização, institucionalização, formalização e profissionalização dos Ats, assim como estão procurando consolidar na Argentina.

Com amparo nessa ideia, um melhor delineamento que favoreça a operacionalização dessa afirmação profissional poderia vir a evitar, não só o abandono dos profissionais por não se sentirem reconhecidos socialmente ou remunerados adequadamente pelo seu trabalho, mas, certamente, proporcionaria segurança aos que aspiram essa profissão. Pois muitos conhecem a clínica do AT, se encantam com a filosofia, mas diante das demandas contemporâneas, buscam campos já regulamentados e valorizados socialmente.

Então, por isso, a importância da contribuição desta pesquisa, a qual objetivou apresentar a prática que vem sendo desenvolvida há muitos anos, em Recife, e não havia sido compartilhada no meio científico até o momento. Portanto, esperamos que este trabalho tenha fornecido elementos construtivos para a compreensão acerca das implicações da ação clínica dos Ats nas redes sociais da nossa cidade.

Nessa direção, percebemos que os Ats estão desenvolvendo ações clínicas em suas diversas possibilidades: acompanhamento clínico a clientes, seja particular ou institucional, formação, supervisão e pesquisa.

É importante ressaltar que esperávamos encontrar cada participante inserido em um segmento da ação clínica: formação, drogadicção, saúde/doença mental em diferentes abordagens clínicas e acompanhamento de idosos. Entretanto, não foi essa realidade que eles apresentaram em suas narrativas, pois se mostraram conhecedores da amplitude clínica do AT e, só a posteriori de alguns anos de prática, foram encontrando seus modos de se afirmarem enquanto Ats em distintos campos de atuação, o que possibilitou o alargamento da compreensão do AT enquanto uma clínica com vastas possibilidades.

Porém, constatamos que eles estão operacionalizando ações segregadas, com trabalhos desenvolvidos em pequenas equipes, de modo particular e, as instituições que, ao longo da história do AT em nossa cidade, tinham em sua equipe esse profissional, foram fechadas, exceto uma organização não-governamental com ênfase em prevenção, tratamento e reabilitação de usuários e dependentes de álcool e outras drogas.

No entanto, os Ats demonstraram almejar uma organização, através de uma vivência grupal, que objetiva incluir e agregar a classe de profissionais que estão atuando no campo. Então, o que apreendemos dessas informações e pudemos constatar, em especial, no encontro grupal é que os profissionais Ats precisam promover e experienciar mais vivências coletivas que possibilitem espaços de discussão, troca de informações e construção de projetos para o acontecer do AT na nossa cidade, evitando as distorções dessa modalidade de ação clínica que vêm ocorrendo.

Desse modo, esta pesquisa alcançou seus objetivos, geral e específicos, tendo: como ponto de partida uma revisão bibliográfica que procurou ser abrangente; como caminho, uma trajetória compreensiva, fazendo uso das narrativas dos Ats; e, como fim, a construção de uma narrativa a partir da conversação entre os participantes, a pesquisadora e os textos dos teóricos que embasaram este estudo, a luz da hermenêutica filosófica de Gadamer, a qual acompanhou todas as andanças desta pesquisa.

Visto que, os participantes, a pesquisadora e os textos estiveram sempre acompanhados por suas tradições e, se permitiram, através da conversação, a abertura e a compreensão para o novo, o que propiciou diversos momentos onde ficou explícito que houve fusão de horizontes, pois foram deixadas abertas possibilidades de mudança ou não de opiniões, resultado de várias provocações.

Referências

- Alves, C.F.O. (2005). *Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores / profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Recife: Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
- Alves, C. F. O., Morato, H. T. P., & Caldas, M. T. (2009). Saúde e sofrimento do trabalhador: experiências e olhares acerca do (des) cuidado de cuidadores/professores de saúde mental no contexto do SUS numa perspectiva fenomenológica existencial. In: Morato, H. T. P., Barreto, C. L. B. T., & Nunes, A. P. (coordenação). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barreto, C.L.B.T. (2006). *Ação Clínica e os Pressupostos Fenomenológicos Existenciais*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Barretto, K.D. (2005). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. (3ª ed.) São Paulo: Unimarco Editora. (Texto original publicado em 1998).
- Bustos, G., & Frank, M.L. (orgs.). (2011). *Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones em la clínica. Inscripción institucional*. Buenos Aires: Dunken.

Bleicher, J. (1980). *Hermenêutica Contemporânea*. Lisboa: Edições 70.

Cabral, K.V. (2005). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.

Critelli, D.M. (1996). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC: Brasiliense.

Dametto, C. (1972). *O psicótico e seu tratamento*. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráficas.

Deleuze, G. (1996). *O mistério de Ariana*. Lisboa: Veja – Passagens.

Desviat, M. (2008). *A Reforma Psiquiátrica*. (2ª reimp.). Rio de Janeiro: Fiocruz. (Texto original produzido em 1999).

Foucault, M. (1985). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Furtado, J.P., & Campos, R. O. (2005, Março). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 109-122. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017514011> [revista na internet]

Gadamer, H. G. (1999). *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. (3ª ed.) Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. (Texto original publicado em 1986).

Gil, A.C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (3ª ed.). São Paulo: Atlas. (Texto original publicado em 1987).

Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. (Traduzido por Leite, D.M.). São Paulo: Perspectiva. (Texto original publicado em 1961).

Heidegger, M. (1967) *A caminho da linguagem*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Instituto Antônio Houaiss. (2007). *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva Ltda.

Kalina, E. (1988). *Tratamento de adolescentes psicóticos*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Texto original publicado em 1986).

Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Marcello, F.A. (2009, Julho/Dezembro). Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Currículo sem fronteiras*, 9(2), 226-

241. Recuperado de

<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol9iss2articles/marcello.pdf> [revista na internet]

Mauer, S.K., & Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. São Paulo: Papirus.

Mauer, S.K., & Resnizky, S. (2008). *Acompanhantes terapêuticos: atualização teórico-clínica*. (1ª ed. em português). Buenos Aires: Letra Viva. (Texto original publicado em 2003).

Mauer, S.K., & Resnizky, S. (2011). *El acompañamiento terapêutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.

Mello, L. C. (org.). (2009). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue.

Moffatt, A. (1991). *Psicoterapia do oprimido*. (7ª ed.). (Tradução de Paulo Esmanhoto). São Paulo: Cortez. (Texto original publicado em 1981).

Morato, H. T. P., Andrade, A. N., & Schmidt, M. L. S. (2007). Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: Rodrigues, M. M., & Menandro, P. R. M. (Org.). *Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia*. (pp. 193-206). Vitória: GM.

Oliveira, M.P.D. (2010). *Acompanhamento Terapêutico: Um fio-ação na nova rede de cuidados em saúde mental*. Monografia. Recife: Universidade Católica de Pernambuco.

Palombini, A.L. (2006, Setembro). Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. *Revista Psychê*, 10(18), 115-127. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382006000200012&script=sci_arttext [revista na internet]

Pande, M.N.R., & Amarante, P.D.C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf> [revista na internet]

Piccinini, W. (2001). A psiquiatria brasileira na década de 60 (I). *Psychiatry on Line Brasil*, 6(10). Retirado de <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1001.php> [revista na internet]

Pitiá, A. C. A. (2005). *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor.

Proença, P.F., & Lapastini, M.A.B. (1999). Entrevista com Dr. Eduardo Kalina. *Revista Teoria e Prática*, 1(1) 57-72. Recuperado de http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_1/artigo8.PDF [revista na internet]

Pulice, G. (2011). *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires:

Letra Viva.

Rossi, G. P. (2010). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y SUS*

interlocutores. (1ª reimp.). Buenos Aires: Polemos. (Texto original publicado em 2007).

Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: a

reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países

Avançados”. In: Nicácio, F. (org.). *Desinstitucionalização*. (2ª ed.). São Paulo:

Hucitec. (Texto original publicado em 1990).

Saint-Exupéry, Antoine de. (2009). *O pequeno príncipe*. (48ª ed.). Rio de Janeiro: Agir.

(Texto original publicado em 1943).

Santos, N.S., Almeida, P.F., Venancio, A.T., & Delgado, P.G. (2000, Dezembro). A

autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista*

Psicologia: ciência e profissão, 20(4), 46-53. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932000000400006&lng=pt&nrm=iso [revista na internet]

Schmidt, M. L. S. (1999). Aconselhamento Psicológico e instituição: algumas considerações

sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: Morato, H. T. P. (Org.).

Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do

Psicólogo.

Silva, A. S. T. (2012). Versões sobre o nascimento do AT: práticas, nomes & cargo público.

In: Silva, A. S. T. (org.). *E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico*. Porto Alegre: Edição do autor. Recuperado de <http://siteat.cjb.net>

Simões, C.H.D. (2005). *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

Spink, M. J. (2004) *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: Edipucrs.

Thiollente, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Vergara, S.C. (2003). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. (4ª ed.). São Paulo: Atlas. (Texto original publicado em 1997).

Anexos

Anexo A – Tradução do Código de Ética dos Acompanhantes Terapêuticos Desenvolvido pela Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA)

Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA)

Código De Ética¹

Introdução

O Código de Ética da Associação dos Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA) tem como propósito prover tanto princípios gerais como padrões éticos orientados a situações com que podem se encontrar os Acompanhantes Terapêuticos no exercício da sua profissão, estabelecendo assim as regras de conduta profissional que não de conduzir a sua prática.

Ele consiste de uma introdução, um preâmbulo, uma Declaração de Princípios e uma seção de Regras de Ética Profissional.

A introdução expressa a intenção e o alcance da aplicação do Código de Ética.

¹ Para a redação tiveram como documentos base os Códigos de Ética da Associação de Acompanhantes Terapêuticos de Bahía Blanca (Província de Buenos Aires) e Federação de Psicólogos da República Argentina (Fe.PRA) Aprovado pela Assembleia de 10/04/1999.

O Preâmbulo e a Declaração de Princípios constituem os objetivos desejáveis que orientam os acompanhantes para os mais altos ideais do Acompanhamento Terapêutico; expressam, assim, o espírito deste Código e, embora não sejam regras obrigatórias, devem ser considerados prioritariamente já que constituem o mesmo fundamento do ato ético dos acompanhantes terapêuticos.

As Regras de Ética Profissional estabelecem regras de conduta profissional, que expressam deveres que afetam todos os acompanhantes terapêuticos, considerando que negligenciar estes deveres atenta contra os direitos dos receptores destes serviços profissionais.

No processo de tomada de decisões relativas à sua conduta profissional, os acompanhantes terapêuticos devem considerar este Código de Ética e o da Organização na qual eles se encontram associados, além de leis existentes.

Se o Código de Ética estabelece um princípio superior ao exigido pela lei ou as que poderiam emanar das Instituições em que presta seus serviços, o acompanhante deve cumprir com o princípio ético mais elevado.

Em caso de contradição, ainda que parcial, entre dois bens protegidos, os acompanhantes terapêuticos procederão sempre pelo critério ético de optar pelo que ocupar o lugar mais alto na escala de classificação. Se uma pergunta não pode ser resolvida pelo presente Código, nem pelo Código de Ética do Colégio ou Associação a que pertencem, os acompanhantes terapêuticos deverão considerar outras instâncias de consulta, especificamente adequadas e representativas.

Embora este Código não substitua os Códigos de Ética de outras Organizações que puderem estar ligados os associados à AATRA, entende-se que é conveniente que no caso de que um acompanhante terapêutico seja sancionado por faltas éticas na Organização a que pertence, a sanção é comunicada, para que as mesmas tomem conhecimento e atuem segundo os princípios decorrentes do presente código.

Preâmbulo

Os acompanhantes terapêuticos nucleados na Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA) se comprometem em exercer sua profissão guiada pelos princípios e regras de ação contidas neste Código de Ética.

Propiciam para o ser humano e para a sociedade em que estão imersos, a plena vigência dos direitos humanos, a defesa do sistema democrático, a busca constante pela liberdade, a justiça social e a dignidade, como valores fundamentais que se traduzam em um homem e uma sociedade protagonista, crítica e solidária.

Entendem bem estar psíquico como um dos Direitos Humanos fundamentais e trabalham de acordo com o ideal social de promover todos igualmente, no maior nível de qualidade possível e com o único limite que a ética e a ciência estabelecem.

Entendem que é responsabilidade individual de cada acompanhante aspirar a alcançar ele mesmo e promover em seus colegas uma atitude responsável, lúcida e comprometida frente ao ser humano concreto e suas condições.

Não consentem nem participam deliberadamente de práticas discriminatórias.

Propiciam a harmonia entre os colegas, mas concordam que o sentimento de solidariedade profissional não pode endossar ou ocultar erros, faltas éticas, crimes ou infrações penais praticadas por outros na prestação dos serviços profissionais.

Declaração de Princípios

O Código de Ética da Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República da Argentina (AATRA) aprovou os seguintes princípios gerais, aprovado pelos países membros e associados do Mercosul, na cidade de Santiago de Chile, 7 de Novembro de 1997:

A. Respeito pelos Direitos e a Dignidade das Pessoas. Os acompanhantes terapêuticos se comprometem a assegurar os princípios estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Além disso, guardarão o devido respeito pelos direitos fundamentais, a dignidade e o valor de todas as pessoas, e não participarão em práticas discriminatórias. Respeitarão o direito dos indivíduos à privacidade, confidencialidade, autodeterminação e autonomia.

B. Competição. Os acompanhantes terapêuticos se comprometem a assumir níveis elevados de experiência em seu trabalho. Também reconhecem os limites de suas competências individuais e as limitações do seu conhecimento. Proverão apenas aqueles serviços e técnicas para as quais estão autorizadas pela sua formação acadêmica, capacitação ou experiência.

Levarão em conta que as competências que são necessárias para a assistência, o ensino, e/ou os estudos de grupos humanos, variam de acordo com a diversidade de tais grupos.

Os acompanhantes terapêuticos se manterão atualizados no conhecimento científico e profissional, relacionado com a sua prática, reconhecendo a necessidade de uma educação contínua. Além disso, farão um uso adequado dos recursos científicos profissionais técnicos e administrativos.

C. Compromisso Profissional e Científico. Os acompanhantes terapêuticos se comprometem a promover o acompanhamento terapêutico enquanto saber científico. Em seu trabalho, assumirão suas responsabilidades profissionais, através do constante desenvolvimento pessoal, científico, técnico e ético.

D. Integridade. Os acompanhantes terapêuticos se comprometem a promover a integridade do esforço científico, acadêmico e da prática do acompanhamento terapêutico. Ao informar sobre seus antecedentes profissionais e curriculares, seus serviços, taxas, investigações ou docência não farão declarações falsas ou enganosas. Esforçar-se-ão para ser extremamente cautelosos frente às noções que degeneram em rotulações de desvalorização ou discriminatórias.

Também se esforçarão em ser conscientes de seus sistemas de crenças, valores, necessidades e limitações e do efeito que estes têm no seu trabalho.

Em suas ações científicas profissional esclarecerão às partes sobre suas os papéis que estão desempenhando e funcionarão segundo esses mesmos papéis.

E. A Responsabilidade Social. Os acompanhantes terapêuticos se comprometem a assumir sua responsabilidade profissional e científica para a comunidade e a sociedade em que trabalham e vivem. Este compromisso é coerente com o exercício das suas potencialidades analíticas, criativas, educativas, críticas e transformadoras. Os acompanhantes terapêuticos exercem seu compromisso social através do estudo da realidade e promovem e/ou facilitam o desenvolvimento de leis e políticas sociais que apontem, desde sua especificidade profissional a criar condições que contribuam para o bem-estar e desenvolvimento do indivíduo e da comunidade.

Regras Éticas

A maioria das regras foi formulada em termos gerais, de modo que possam se adequar a diferentes situações regionais e ser aplicadas a todos os acompanhantes terapêuticos, independentemente do domínio profissional em que desempenham o seu trabalho, podendo a aplicação de uma regra variar de acordo com o contexto. As regras estabelecidas neste Código devem ser consideradas como diretrizes gerais, embora não exaustivas, não implicam a negação de outras não especificadas, que podem resultar do exercício profissional consciente e digno. A ausência de disposições expressas não deve ser interpretada como admissão de práticas e atos incompatíveis com a vigência dos princípios enunciados, pelo contrário, confrontados com esta situação, os acompanhantes terapêuticos devem se conduzir de maneira coerente com o espírito deste Código.

Art.1 – As disposições do presente Código de Ética serão de aplicação a todo associado à Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA); seja para exercer a sua profissão de forma independente ou em relação de dependência, no

âmbito público ou privado, que deverão respeitar este código com suas normas substantivas e procedimentos, enquanto está em vigor.

a) O conhecimento deste código é obrigatório e sob nenhuma circunstância se poderá alegar seu desconhecimento.

b) Toda a legislação profissional é de ordem pública e, portanto, de cumprimento obrigatório. Em consequência, a conduta profissional do acompanhante terapêutico está submetida às disposições do presente código.

Deveres Fundamentais do Acompanhante Terapêutico

Art.2 – O acompanhante terapêutico se guiará em sua prática profissional pelos princípios de responsabilidade, competência, independentemente de qualquer tipo de discriminação.

Art.3 – O acompanhante terapêutico deve se abster de participar ativa ou passivamente em qualquer ação ou forma de tortura, tratamento cruel, desumanos ou degradantes, e de todo o tipo de pressão ilegal que prejudique os direitos humanos reconhecidos mundialmente, encorajando-os encobri-los ou tentar cometê-los.

Art.4 – O acompanhante terapêutico deverá abster-se de estabelecer relações terapêuticas com pessoas que tenham com ele vínculos de autoridade, familiaridade, ou de estreita intimidade, devendo em todos os casos restringir sua relação à área estritamente profissional, a menos que a técnica a empregar não afete nem seja afetada por estes tipos de vínculos.

Art.5 – Em caso de tratar menores de idade, o acompanhante terapêutico deverá obter o consentimento de seus pais, tutores ou representantes legais. Só atuará sem ele quando razões de urgência assim o exigirem, caso em que se recomenda solicitar a opinião a atuar conjuntamente com um profissional.

Art.6 – Nenhum acompanhante terapêutico emprestará seu nome a pessoas não autorizadas pela autoridade competente para exercer a profissão, nem colaborar com acompanhantes terapêuticos desqualificados ou não habilitados.

Art.7 – O acompanhante terapêutico não poderá delegar funções específicas da profissão a pessoas legalmente não habilitadas.

Art.8 – Todo ato que seja feito de maneira pressionada e deficiente com o objetivo de cumprir com a obrigação administrativa ou por motivos pessoais, constitui um desacordo com a conduta ética.

Deveres Inerentes ao Exercício Profissional

Art.9 – O acompanhante terapêutico assistirá os pacientes, a pedido de um profissional ou um membro da família, em que neste último caso estará obrigado a consultar a quem trate o paciente, para orientar o trabalho de acompanhamento e a supervisionar o trabalho com um diretor de tratamento ou coordenador da equipe de saúde. Deverá abster-se de intervir naqueles casos em que não houver terapeuta, coordenador ou profissionais responsáveis pelo tratamento. Isto porque, o entendimento do exercício profissional do

acompanhamento terapêutico constitui um trabalho auxiliar e complementar aos dispositivos assistenciais.

Art.10 – O acompanhante terapêutico deve procurar assegurar que os pacientes apreciem do princípio da liberdade de escolha do acompanhante terapêutico.

Art.11 – Em seu exercício profissional de acompanhante terapêutico, deve estabelecer e comunicar os objetivos, métodos e procedimentos que utiliza, assim como seus custos e horários de trabalho.

Art.12 – O acompanhante terapêutico, deixando seu trabalho profissional, tem a responsabilidade de concluir a tarefa que realiza ou, se na sua falta, delegar de forma competente, de modo que a mesma possa ser continuada satisfatoriamente por outro colega.

Art.13 – É dever do acompanhante terapêutico respeitar a vontade do cliente quando este se recusa a prosseguir sob seus cuidados. Neste caso, o acompanhante pode fazer um documento, informando os riscos de descontinuar o acompanhamento que deve ser assinado pelo paciente ou pela família.

Art.14 – É responsabilidade inerente ao exercício profissional relacionada ao acompanhante terapêutico:

- a) A atualização periódica e permanente dos seus conhecimentos como garantia de responsabilidade e experiência que contribua para o prestígio da prática.
- b) A supervisão do trabalho realizado periodicamente.

c) Sugere-se que o acompanhante passe pela experiência da psicoterapia pessoal como garantia do serviço prestado.

Art.15 – É inconveniente realizar publicações com referências técnicas ou procedimentos pessoais em meios de difusão não especializados, sem que, previamente, não tenham sido submetidas à consideração em seu âmbito específico.

Art.16 – As declarações ou opiniões do acompanhante terapêutico devem fazer relação à sua prática, com o intuito de informar ao público e deverão surgir sempre com rigor científico, sem prejuízo de se adequar ao nível adequado de comunicação.

Sigilo Profissional

Art.17 – Entende-se por sigilo profissional aquilo que não é ético ou lícito revelar sem causa justa, com base nas relações clínicas ou de consulta sobre os pacientes, suas famílias ou instituições.

Art. 18 – No caso de trabalho profissional em equipe, sobretudo aos membros desta, pesa a obrigação de sigilo profissional.

Art. 19 – O dever de sigilo profissional mantém-se mesmo após o fim da relação com o cliente.

Art. 20 – Os acompanhantes terapêuticos não devem usar a seu favor as confidências recebidas no exercício da sua profissão, a menos que tenham o consentimento expresso dos interessados.

Art. 21 – Os acompanhantes terapêuticos têm a obrigação fundamental de respeitar os direitos de privacidade das pessoas com quem trabalham ou consultam.

Art. 22 – Os acompanhantes terapêuticos devem minimizar intrusões na privacidade, especialmente quando se trabalha na casa dos pacientes.

Art. 23 – Limites do sigilo profissional:

a) A informação abrangida pelo sigilo profissional só poderá ser transmitida para evitar um risco grave que possa expor a pessoa atendida ou terceiros. Em todo caso, só se poderá entregar às pessoas qualificadas a informação que, a julgamento do associado atuante, pareça estritamente necessária para cumprir o referido objetivo.

b) Os relatórios escritos ou verbais sobre pessoas, instituições ou grupos deverão excluir os registros amparados pelo sigilo profissional, e serão fornecidos apenas em casos necessários, quando, de acordo com rigorosos critérios do profissional interveniente, constituam elementos inevitáveis para elaborar o relatório.

c) A informação dada aos pais e/ou outros, por exemplo, para instituições que tenham requerido, deve ser feita de modo que não condicione o futuro do paciente ou possa ser utilizados contra ele.

d) Tudo relativo ao sigilo profissional deve se cumprir igualmente em todos os âmbitos e em todo tipo de benefícios.

e) O Comitê de Ética, direta e sumariamente, determinará em seu caso se existe ou não a violação de sigilo profissional.

Deveres Relativos aos seus Colegas e a AATRA

Art. 24 – As relações entre os acompanhantes terapêuticos devem estar inspiradas no respeito mútuo, a competição saudável, a solidariedade profissional e a cooperação.

Art. 25 – O acompanhante terapêutico deve ser solidário com seus colegas com independência das várias escolas, correntes ou métodos utilizados, tendo em conta que todos têm como objetivo comum o cuidado da saúde da população e compartilham a responsabilidade do constante progresso da ciência.

Art. 26 – Não é ético difamar, caluniar ou prejudicar um colega por qualquer meio. Assim como deve ser respeitoso para com o trabalho e a ideologia da equipe responsável pelo paciente.

Art. 27 – Quando um acompanhante terapêutico recebe a responsabilidade de um trabalho que foi anteriormente atendido por um colega, este deverá fornecer todas as informações que lhe seja solicitada, sem prejudicar o cumprimento dos deveres estabelecidos referentes ao sigilo profissional.

Art. 28 – As relações entre o acompanhante terapêutico e sua associação devem se basear nos princípios de respeito, responsabilidade, respeito e lealdade mútua.

Art. 29 – O acompanhante terapêutico deve contribuir para o prestígio e progresso da profissão colaborando com a Associação no desenvolvimento de sua missão. Deve comparecer às reuniões da associação e votar quando for o caso.

Art. 30 – As taxas serão estabelecidas convencionalmente sem que possam ser inferiores aos deveres profissionais mínimos sugeridos pela AATRA.

Art. 31 – O acompanhante terapêutico deve cumprir pontual e espontaneamente com o pagamento de taxas e contribuições sociais que sejam requeridas pela AATRA.

Art. 32 – Os associados deverão expressar as críticas que considerem relevantes e promover a autocrítica como prática de superação dos problemas internos que são implementados, não devendo, portanto, formular publicamente opiniões que minem seu prestígio.

Art. 33 – Nas publicações que sejam produto de um trabalho compartilhado, deverão incluir os nomes de todos os participantes e determinar o seu grau de responsabilidade e colaboração.

Art. 34 – Não é ético expor ou publicar como se fossem suas, ideias que não sejam de própria autoria ou dados em que não tenha intervindo na coleta, sem citar claramente a fonte ou o autor.

Direitos do Acompanhante Terapêutico

Art. 35 – O acompanhante terapêutico não deverá acatar instruções emanadas de seus empregadores quando os obriguem a violar os princípios ou regras da ética profissional. Em caso de conflito entre os procedimentos institucionais e interesses das pessoas visadas pelo serviço, o acompanhante terapêutico deve escolher por defender estes últimos.

Art. 36 – A menos que haja uma restrição legal, regulamentária ou contratual, o acompanhante terapêutico poderá utilizar para trabalhos científicos os dados recolhidos ou elaborados dentro da instituição em que trabalha, protegendo a privacidade da informação.

Sanções Disciplinares

Art. 37 – A violação dos deveres e obrigações contidos neste Código de Ética, será sancionada disciplinarmente, pelo Comitê de Ética da Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina.

Art. 38 – O acompanhante terapêutico está obrigado a colaborar nas investigações que o Comitê de Ética disponha e a ser verdadeiro em suas intervenções. Deve proporcionar ao Comitê de Ética, quando necessário ou apropriado, o relatório explicativo sobre sua pessoa ou atividade profissional.

Art. 39 – As sanções disciplinares serão graduais, desde as consideradas leves às mais grave; corresponde ao Comitê de Ética estabelecer, em cada caso, a sanção disciplinar a ser aplicada.

Art. 40 – Considera-se a máxima sanção disciplinar a expulsão da Associação.

Na cidade de Buenos Aires, 21 de agosto de 2010.

Elaborado por: María Laura Frank e Nilda Graciela Bustos.

COMISSÃO DIRETORA

PRESIDENTE:	DRAGOTTO, Pablo Alberto
VICEPRESIDENTE:	CHAYAN, Karina Gabriela
SECRETÁRIO:	PEVERELLI, Maximiliano
PROSECRETÁRIO:	FRANK, María Laura
TESOUREIRO:	RACCA, Gustavo Alejandro
PRETESOUREIRO:	SCHNEEROFF, Susana
MEMBROS TITULARES:	GARCÍA, Sebastián Emilio
	CIPOLLONE, Eva Beatriz
MEMBROS SUPLENTE:	BUSTOS, Nilda Graciela
	DEL BUENO, Magalí
CORPO DE AUDITORIA:	
TITULARES:	FERNÁNDEZ, Verónica Evangelina
	ENTROCASSI, Berta
SUPLENTE:	GRAIÑO, Carlos Alberto

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: *IMPLICAÇÕES DA AÇÃO CLÍNICA DOS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS NAS REDES SOCIAIS DA CIDADE DE RECIFE-PE*, que tem como objetivo geral Compreender a ação clínica dos Acompanhantes Terapêuticos (Ats), em suas diferentes possibilidades, nas redes sociais da cidade de Recife-PE e, como objetivos específicos: descrever a atividade dos Acompanhantes terapêuticos como modalidade de ação clínica; descrever as diferentes possibilidades de ação clínica dos Acompanhantes terapêuticos e compreender a experiência dos Acompanhantes terapêuticos em sua ação clínica.

Sua participação se restringe a fornecer uma narrativa sob sua experiência na atuação dessa prática clínica, em um primeiro momento, individualmente; seguida de sua participação em um encontro grupal com todos os participantes da pesquisa, as quais acontecerão no Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial (LACLIFE), situado no 7º andar do Bloco G4 da Universidade Católica de Pernambuco. Ambos os momentos serão gravados em áudio, porém o segundo necessita ser filmado para facilitar a localização das falas de cada participante. Suas narrativas serão transcritas, literalizadas e devolvidas para que você possa confirmá-las, realizando as alterações que achar necessárias. Todas as despesas com deslocamento e alimentação serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Toda pesquisa pode acarretar riscos, tais como ansiedade, tristeza, enfado, aborrecimento e outros, podendo chegar à necessidade de acompanhamento psicológico. Caso você não se sinta à vontade ou por qualquer outra razão queira interromper sua participação a qualquer momento você poderá retirar-se dela sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Inclusive, caso deseje, poderá solicitar a retirada de sua participação nos resultados finais. A clínica de Psicologia da UNICAP receberá aqueles que solicitarem acompanhamento. Ao aceitar participar, você estará contribuindo para a ampliação do conhecimento acerca dessa temática e para a divulgação desta prática clínica destinada a pessoas em sofrimento psíquico e/ou físico na cidade de Recife-PE.

Os resultados encontrados lhe serão devolvidos pelos pesquisadores, presencialmente, entregando-os em papel e/ou enviando-os por e-mail se for da sua vontade, além disso, os discutiremos com você e estamos à disposição para oferecer possibilidades de capacitação via minicursos e palestras. Utilizaremos tais resultados na construção de artigos científicos, capítulos de livros, trabalhos a serem apresentados em Congressos, Seminários, entre outros eventos acadêmicos. Além disto, os resultados serão enviados às instituições de saúde mental, governamentais e não-governamentais, da cidade de Recife-PE, com o intuito de contribuir para a ampliação das possibilidades de modalidades de práticas clínicas. Em todo o processo sua identidade será preservada, sendo garantido o total sigilo, trocando o nome dos entrevistados por nomes fictícios e o material gravado ficará em local seguro sob a guarda da pesquisadora mestranda onde constituirá um banco de dados sobre a temática do AT.

Eu, (_____), dou meu consentimento livre e esclarecido para a minha participação na presente pesquisa, sob a responsabilidade do Pesquisador Doutor Marcus Túlio Caldas, professor da Universidade Católica de Pernambuco e da aluna do Mestrado em Psicologia Clínica Ananda Kenney da Cunha Nascimento.

Assinado este Termo de Consentimento, estou ciente de qual será a minha participação na pesquisa:

- 1) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação.
- 2) Estou ciente que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
- 3) Terei acesso aos resultados da pesquisa, através da pesquisadora responsável pelo projeto, assim que esta tiver sido encerrada.

4) Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário, o qual encaminhará o procedimento adequado.

Recife, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da participante

RG: _____