CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

MÁRCIA SHIGUEMI YAEGASHI

Orientador: Profª. Drª. Marina Borges Teixeira

Guarulhos
2013

MÁRCIA SHIGUEMI YAEGASHI

PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Marina Borges Teixeira

Guarulhos

2013

YAEGASHI, Márcia Shiguemi
Y12p Percepções e sentimentos do acompanhante terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico. / Márcia Shiguemi Yaegashi. Guarulhos, 2013.
70 f. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, 2013.
Orientador: Dra. Marina Borges Teixeira

Bibliografia: f.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Acompanhante terapêutico. 3. Pessoas em sofrimento psíquico. I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD 22st 610.7368

Ficha catalográfica elaborada pela Coordenação da Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

UnG

CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada **"PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DO ACOMPANHANTE TERAPEUTICO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSIQUICOS"**, em sessão pública realizada em 22 de Abril de 2013, considerou a candidata Márcia Shiguemi Yaegashi aprovada.

1. Profa. Dra. Marina Borges Teixeira_____

2. Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva_____

3. Profa. Dra. Maria de Belém G. Cavalcante_____.

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Aos meus pais, Lucy e Ricardo Yaegashi
e meu noivo Luciano,
por estarem sempre ao meu lado, com
todo o amor, paciência e compreensão
durante essa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela benção a vida e pelas oportunidades oferecidas em meu caminho.

À minha orientadora Prof.ª Dra. Marina Borges Teixeira, por aceitar o desafio de me orientar. Por compartilhar comigo o seu conhecimento pela Enfermagem e pela vida. Obrigada do fundo do meu coração, nunca serei grata o suficiente por tanta dedicação a minha dissertação.

Aos meus entrevistados, sem os quais, esse trabalho não poderia ser concluído.

Às minhas eternas professoras Dra. Cristiane Aparecida Silveira-Monteiro e Dra. Sônia Maria Alves de Paiva por acreditarem e me fazerem acreditar. Sem vocês, o Mestrado não passaria de um sonho distante.

Aos meus queridos colegas de mestrado pela amizade e apoio.

Aos meus pais, por cada palavra e abraço de conforto nas várias dificuldades encontradas na realização desse estudo.

Aos meus irmãos, que mesmo distantes, física ou emocionalmente, de alguma maneira, me incentivaram.

Ao meu noivo Luciano, tia Antônia, tio Pedro e tia Helena, pelas várias hospedagens em sua casa, por todo o suporte e amor que me fortaleceram a longo do percurso.

À minha melhor amiga Kelly, a prova viva de que a distância não destrói as amizades verdadeiras.

À minha querida cachorrinha Mel, por cada olhar e demonstração de incentivo nas diversas noites que passei em claro concluindo esse trabalho.

“O primeiro passo em direção ao sucesso é dado quando você se recusa a ser prisioneiro do ambiente no qual você inicialmente se encontra.”

Mark Caine

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico é uma atividade clínica, que tem como objetivo terapêutico a inclusão social em congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial. Pode e deve ser desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimento científico e habilidades que os qualifiquem para tal. Visando contribuir para a elucidação da função do acompanhante terapêutico e ao mesmo tempo, dar visibilidade às suas atividades foi desenvolvida uma pesquisa exploratória-descritiva, transversal e de campo, com objetivos de**:** determinar o perfil do Acompanhante Terapêutico quanto aos aspectos bio-sócio-profissionais; identificar as facilidades e as dificuldades do Acompanhante Terapêutico no seu dia a dia de trabalho e descrever seus sentimentos em relação à atividade desenvolvida. Para a composição da amostra foi utilizada a técnica de "bola-de-neve" (*snowball technique*) e busca ativa de acompanhantes terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico, num total de 6 indivíduos, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional e quatro psicólogos, todos com formação para desenvolver a atividade de Acompanhamento Terapêutico. Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa. As respostas dos entrevistados permitiram a construção de três categorias*: facilidades, dificuldades* e *ser acompanhante terapêutico*. Os acompanhantes terapêuticos entrevistados referiram dificuldades de exercer a atividades devido à falta de conhecimento da população em geral, incluindo a família e a própria equipe de saúde. Suas falas mostraram como facilidades o gostar da atividade e o quão gratificante para o praticante é a resposta do usuário a ela. As respostas da população e os dados da literatura mostraram que apesar de ser uma atividade pouco divulgada, sua expansão beneficiaria muito os portadores de sofrimento psíquico e contribuiria para a consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Acompanhante terapêutico. Pessoas em sofrimento psíquico.

ABSTRACT

Therapeutic monitoring is a clinical activity whose objective is social inclusion in accordance with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and psychosocial rehabilitation. This therapeutic activity can and should be developed by health professionals with the proper scientific knowledge and skills required for performing this task. With the purpose of contributing to a better understanding of a therapeutic monitor's function and of enhancing its visibility, an exploratory-descriptive cross-sectional field survey was conducted aiming at: determining a therapeutic monitor's profile with regard to bio-social-professional aspects; identifying the easy and difficult aspects of a therapeutic monitor's day-to-day work, and describing his/her feelings about this activity. The sample was composed using the snowball technique and an active search for therapeutic monitors of patients in psychological suffering, totaling six individuals, one nurse, four psychologists and one occupational therapist, all of them qualified to develop the activity of a therapeutic monitor. A quantitative-qualitative analysis of the obtained data was performed. Based on the answers given by the interviewed professionals three categories were established: what is easy, what is difficult and what it means to be a therapeutic monitor. The therapeutic monitors interviewed reported difficulties to perform their activities due to the lack of knowledge of the population in general, including the patient´s family and the assisting health team itself. What they found easy about their work was the fact that they liked it and that the user´s response to their activity made them feel gratified. Answers given by the population and literature data show that, although therapeutic monitoring is poorly known by the population, its more widespread use would significantly benefit patients affected by psychological suffering, as well as contribute to consolidate the objectives of the Brazilian Psychiatric Reform.

Key words: Psychiatric Reform. Therapeutic Monitor. Patients in psychological suffering.

RESUMEN

El Acompañamiento Terapéutico es una actividad clínica, que tiene como objetivo terapéutico la inclusión social en congruencia con los principios de la Reforma Psiquiátrica y rehabilitación psicosocial. Puede y debe ser desarrollado por profesionales de salud con conocimiento científico y habilidades que los califiquen para este puesto. Con la finalidad de contribuir para la elucidación de la función del acompañante terapéutico y a la vez, dar visibilidad a sus actividades fue desarrollada una investigación exploratoria-descriptiva, transversal y de campo, con objetivos de: determinar el perfil del Acompañante Terapéutico en cuanto a los aspectos bio-socio-profesionales; identificar las facilidades y las dificultades del Acompañante Terapéutico en su rutina de trabajo y describir sus sentimientos con respecto a la actividad desarrollada. Para la composición de la muestra fue utilizada la técnica de “bola de nieve” (snowball technique) y búsqueda activa de acompañante terapéuticos de personas en sufrimiento psíquico, en un total de 6 individuos, un enfermero, un terapeuta ocupacional y cuatro psicólogos, todos con formación para desarrollar la actividad de Acompañamiento Terapéutico. Los datos fueron analizados de forma cuantitativa y cualitativa. Las respuestas de los entrevistados permitieron la construcción de tres categorías: facilidades, dificultades y ser acompañante terapéutico. Los acompañantes terapéuticos entrevistados refirieron dificultades de ejercer las actividades debido a la falta de conocimiento de la población en general, incluyendo la familia y el propio equipo de salud. Sus relatos mostraron como facilidades el gusto por la actividad y lo gratificante que es para el practicante la respuesta del usuario a ella. Las respuestas de la población y los datos de la literatura mostraron que pese ser una actividad poco explotada, su expansión les beneficiaría mucho a los portadores de sufrimiento psíquico y contribuiría para la consolidación de los objetivos de la reforma psiquiátrica brasileña.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica. Acompañante terapéutico. Personas en sufrimiento psíquico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Exemplificação da caracterização dos sujeitos. Guarulhos, 2012.....40

Quadro 2 - Exemplificação das informações dos sujeitos quanto ao Acompanhante Terapêutico. Guarulhos, 2012. 40

Quadro 3 - Exemplificação das Categorias e Subcategorias encontradas. Guarulhos, 2012. 42

Quadro 4 - Exemplificação da análise da primeira questão norteadora. Guarulhos, 2012. 43

Quadro 5 - Exemplificação da análise da segunda questão norteadora. Guarulhos, 2012. 47

Quadro 6 - Exemplificação da análise da terceira questão norteadora. Guarulhos, 2012. 55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos entrevistados segundo idade. Guarulhos, 2012. 39

Figura 2 - Distribuição dos entrevistados com relação a tempo de atuação como Acompanhante Terapêutico. Guarulhos, 2012. 41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AT	Acompanhamento Terapêutico
at	Acompanhante Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CETAMP	Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
EUA	Estados Unidos da América
FIP	Fundo de Incentivo à Pesquisa
HD	Hospital Dia
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PAD	Programa de Apoio à Desospitalização
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
UR	Unidade de Registro
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 14

1. INTRODUÇÃO 15

2. REFERENCIAL 17

2.1 A Reforma Psiquiátrica no Mundo 17

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil 19

2.3 O Acompanhante Terapêutico 23

2.3.1 Cursos de formação de Acompanhante Terapêutico 29

2.3.2 Políticas Públicas e Legislação 30

3. PROBLEMAS DE PESQUISA 32

4. OBJETIVOS 33

4.1 Objetivo Geral 33

4.2 Objetivos Específicos 33

5. MÉTODO 34

5.1 Tipo de Pesquisa 34

5.2 Local 34

5.3 População 34

5.3.1 Critérios de Inclusão 35

5.4 Procedimentos Éticos 36

5.5 Coleta de Dados 36

5.5.1 Procedimentos 36

5.5.2 Instrumento 37

6. ANÁLISE DOS DADOS 38

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO 39
7.1 Caracterização da População 39
7.2 Análise do Discurso dos Participantes 41
7.2.1 Primeira Questão Norteadora 42
7.2.1.1 Facilidades 43
a) Local do atendimento 43
b) Relação com o acompanhado 45
c) Apoio da equipe 46
7.2.2 Segunda Questão Norteadora 46
7.2.2.1 Dificuldade 47
a) Incompreensão 47
b) Preconceito X Caridade X Mudanças 50
c) Predomínio de uma profissão 51
d) Mercado de trabalho 53
e) Falta de discussão sobre o tema 53
f) Violência 54
7.2.3 Terceira Questão Norteadora 54
7.2.3.1 Ser Acompanhante Terapêutico 55
a) Promoção da saúde 55
b) Acompanhante e acompanhado 56
c) Satisfação 57

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 60

APÊNDICES 41

ANEXO 45

APRESENTAÇÃO

A área de saúde mental sempre foi meu objetivo profissional, mesmo antes da minha decisão em ser Enfermeira.

Meu primeiro contato com o universo do Acompanhante Terapêutico (at) ocorreu quando ingressei como bolsista de iniciação científica durante a graduação em Enfermagem. O projeto, elaborado pelas Prof.ª Dra. Cristiane Aparecida Silveira-Monteiro e Prof.ª Dra. Sônia Maria Alves de Paiva fez parte do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, na cidade de Poços de Caldas, interior de Minas Gerais.

O objetivo era realizar uma pesquisa sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT), como dispositivo de intervenção no contexto das práticas em saúde mental, e desenvolver a atividade com um paciente que frequentava o CAPS II do município.

Inicialmente fiz um curso teórico-prático, com supervisão, para desenvolver conhecimento e habilidades inerentes à função de at. Em seguida, escolhi uma paciente que frequentava o CAPS II para atuar como acompanhante terapêutico. As atividades foram planejadas previamente com a paciente participante e com a equipe do CAPS II. Atuei junto à paciente por um mês, duas vezes por semana, nos mais diferentes horários de acordo com a atividade planejada. Na avaliação da paciente, a atividade de AT ajudou-a na reaproximação dos familiares e no melhor convívio com eles. Na opinião da equipe, a paciente teve um ganho significativo, apesar dos poucos encontros. Também, consideraram que, apesar do conhecimento teórico sobre o AT, eles não tinham vivência prática e essa experiência confirmou que a atividade é eficaz, traz uma resposta rápida e melhora a adesão do paciente ao tratamento[1].

A experiência que tive como pesquisadora e as atividades como at serviram de incentivo para querer aprofundar os estudos com esta temática. O ingresso no programa de Mestrado em Enfermagem me permitiu isto.

A oportunidade de vivenciar o AT e de verificar o quanto ele pode facilitar a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade despertou o meu interesse em querer conhecer, entre outras questões, quem são os profissionais que estão atuando nesta função, como a desenvolvem e qual sua formação.

1. INTRODUÇÃO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) tem sido utilizado pelos profissionais de saúde como forma de reconstruir identidades, integrar pessoas, reduzir a ansiedade e proporcionar a construção da autoestima. Nesse tipo de abordagem, o Acompanhante Terapêutico (at) atua principalmente como modelo e estímulo para o paciente[1].

Houve um tempo em que se preconcebia que o trabalho em saúde mental era relacionado somente a manicômios, crises psiquiátricas, ambientes carcerários e segregação social[2].

No Brasil, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e da Declaração de Caracas (1990), o Estado vem reestruturando a atenção psiquiátrica como ocorre nos demais países latino-americanos, com a criação de serviços comunitários, substituindo os manicômios e priorizando a manutenção do indivíduo em sofrimento psíquico em seu meio social[3].

A Reforma Psiquiátrica no Brasil vem readequando as práticas e os serviços tradicionais do campo para a produção de novas formas de cuidado em saúde mental. Assim, é evidente a redução de leitos, mas a desconstrução do saber psiquiátrico acerca da loucura é bastante consolidado na população, comprometendo seu convívio em sociedade[2].

O AT contribui para inclusão dos trabalhadores de enfermagem como agentes terapêuticos nos serviços de saúde mental, deslocando-os da posição de vigias e repressores que tinham no modelo manicomial, visto que esses profissionais trazem outras possibilidades e oferecem uma atenção mais singular as pessoas em sofrimento psíquico[4].

Estudos com a clientela atendida por acompanhantes terapêuticos comprovam a melhoria no relacionamento social e familiar dos pacientes, maior autoconfiança e iniciativa para tomarem decisões, maior confiança no futuro e nos tratamentos. Esse fato revela a importância do AT como meio eficiente de incluir socialmente o indivíduo na comunidade e a necessidade de capacitação para a implementação do AT como uma estratégia de atendimento[1].

Portanto, a manutenção do paciente em seu trabalho proporciona muitos benefícios, como aumento da autoestima, ganhos econômicos, interação com colegas de trabalho e com a comunidade e evita recaídas, agudização do quadro e

re-internações[5].

O enfermeiro atua e se conscientiza cada vez mais sobre o seu novo papel e explora diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, colocando em prática alternativas de atenção ao paciente, para que mantenha sua autonomia e cidadania. O tratamento oferecido faz com que se torne menos sacrificante e mais prazeroso, reduzindo o tempo de internação hospitalar, caso se faça necessário[6].

O planejamento sobre a atividade de AT deve ser muito bem estruturado, atentando-se para o ambiente e recursos (humanos e materiais) a serem utilizados. As atividades propostas devem ser pertinentes à realidade do local escolhido e podem ser adaptadas a unidades de assistência fechadas, como em hospitais, e em abertas, como nos Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Dia (HDs) e Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)[6].

As atividades devem agradar aos pacientes e não apenas ao enfermeiro, o qual deve adotar uma posição mais democrática, deixando o paciente escolher as atividades que deseja ou necessita realizar. O acompanhante deve repensar na sua prática e suas atitudes, com constante avaliação sobre o que está sendo feito e proposto. Não adianta usar uma alternativa de ação que não faz sentido ao usuário, principalmente se ela ainda reproduzir as práticas tradicionais e cristalizadoras de assistência[6].

Buscamos, com esta pesquisa, ampliar o conhecimento sobre os Acompanhantes Terapêuticos, compreender suas dificuldades e fortalecer a busca pela formalização da atividade.

2. REFERENCIAL

2.1 A Reforma Psiquiátrica no Mundo

A maneira de se compreender e tratar a doença mental vem sendo modificada à medida que pensamentos, costumes e crenças da sociedade se transformam com o passar dos anos.

A loucura já foi considerada uma doença orgânica por Hipócrates e Platão, segundo os quais o desequilíbrio dos humores afetava o corpo e o cérebro, causando desorganização. Já na Idade Média, qualquer comportamento fora dos padrões socialmente esperados era visto como possessão demoníaca e o tratamento ficavam a cargo da Igreja com rituais até mesmo de exorcismo[7].

Durante a Idade Moderna, o foco principal era a visualização moral, vale dizer toda conduta escandalosa ou maligna precisava ser imediatamente corrigida e as pessoas com comportamentos amorais para a época, classificadas como doentes, eram vigiadas. O tratamento incluía internação, transfusões sanguíneas e banhos de imersão para a purificação do indivíduo[8].

O termo “indivíduo alienado” surge no século XVII como nova nomenclatura para a loucura e o poder de cura é repassado da Igreja para o médico, o qual continua com a postura de detentor do saber, utilizando-se de tratamento medicamentoso e internação em modelo asilar[7].

No século XIX, nasce a Psiquiatria, que foca seu interesse em descrever e quantificar os distúrbios nervosos com uma divisão objetiva da loucura, classificando os transtornos em grupo de sintomas[9].

O hospital psiquiátrico, até o século XX, era lugar de habitação de qualquer um que ameaçasse a lei e a ordem social vigente e/ou indivíduos considerados inadaptados, improdutivos e marginalizados pela sociedade[8,9].

Visando humanizar o atendimento em saúde mental, com práticas menos violentas, surgiram movimentos que ocorreram ao longo dos anos porque já havia uma conjuntura política e social que proporcionava essa reformulação[9].

Após a Segunda Guerra Mundial, movimentos na Europa e nos Estados Unidos questionavam o modelo asilar. Esses movimentos tiveram sua origem em experiências isoladas anteriores, ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial, quando entidades significativas como Menninger Clinic, nos Estados Unidos; a do

Hospital de Saint-Alban, na França e a do Northfield Hospital, na Inglaterra, buscavam a recuperação dos combatentes com perturbações mentais para que pudessem regressar o mais rápido possível às batalhas. Essas experiências obtiveram reconhecimento da eficácia de seus dispositivos terapêuticos[10].

A concentração de pessoas “improdutivas” (mutilados de guerra e indivíduos que fogem do padrão de normalidade imposto pela sociedade da época) cresceu no pós-guerra, gerou discussões e promoveu o surgimento de um novo modelo assistencial para as pessoas em sofrimento mental[9].

A Reforma Psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos (EUA) foi impulsionada com a intenção de libertar a Psiquiatria das funções de controle, coação social e segregação. A desinstitucionalização teve significados e objetivos diferentes. Assim, para os reformadores: abolição de todas as instituições de controle social; e para os administradores: programa de racionalização financeira e administrativa (redução de leitos)[11].

Houve assim um processo de desospitalização e diminuição dos leitos hospitalares, na maioria das vezes feito de maneira brusca, sem o acompanhamento de serviços substitutivos na comunidade nem um trabalho de inserção dos indivíduos em seus lares, continuando com a exclusão e a impossibilidade de reabilitação na sociedade. Houve diminuição dos leitos psiquiátricos e consequente aumento de recidivas e reinternações devido à falta de planejamento e apoio a estas pessoas[7,11].

Já o modelo italiano de desinstitucionalização promoveu uma mudança ampla e começou entre as pessoas que cuidavam diretamente dos enfermos mentais (técnicos de saúde mental). Os técnicos realizaram a mudança de maneira gradativa e no interior da própria instituição psiquiátrica[11].

De acordo com Basaglia[12], visualizando os movimentos distintos de reformas no mundo, podemos concluir que houve:

- Desospitalização: fechamento de hospitais psiquiátricos, ocorrido nos EUA e alguns países da Europa;
- Transinstitucionalização: diminuição dos leitos psiquiátricos e aumento de locais com a finalidade de cuidar dos enfermos mentais, mas sem o objetivo de estimular a sua inserção convívio social e familiar;

- Desinstitucionalização: modelo fundamentalmente político, que objetiva o envolvimento de toda a sociedade no processo de mudança e favorece a inserção social.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A história da assistência a pessoas em sofrimento psíquico em hospitais próprios teve seu início em 1852, com o primeiro hospício no Brasil, inaugurado pelo Imperador Dom Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Com o passar dos anos, os hospícios cada vez mais se tornaram lugares de enclausuramento e exclusão social, levando ao entendimento de que os manicômios eram serviços incapazes de cumprir um papel terapêutico, pois tinham como objetivo de tratamento o isolamento. A Reforma Psiquiátrica buscou uma nova forma de assistência em saúde mental e formulação de um novo estatuto social para o paciente, considerando-o um cidadão, igual a qualquer outra pessoa[13].

A assistência de enfermagem ao paciente era caracterizada pela punição e vigilância. Sem atendimento digno, era tratado, muitas vezes, com violência. Todas as suas potencialidades eram reduzidas devido à ausência de estímulos até se tornarem incapazes de retornar a viver em sociedade. O principal foco de atenção da psiquiatria era a doença, não considerando o paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvendo sua família e não valorizando a sua vida cotidiana, cultura, história e qualidade de vida[6].

Portanto, a Reforma Psiquiátrica é todo o processo de crítica e questionamento e se contrapõe ao modelo asilar. O movimento reformista aponta os paradigmas da psiquiatria clássica que tornaram o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a exclusão dos pacientes psiquiátricos e a cronicidade dos casos. Tem como objetivo a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Assim sendo a substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a reconstrução da cidadania do paciente com sofrimento psíquico, vêm sendo discutidas entre os profissionais de saúde e a sociedade[10,14].

A Reforma Psiquiátrica no Brasil seguiu o modelo italiano de desinstitucionalização e se iniciou após quarenta anos dos movimentos ocorridos na América do Norte e Europa. Esse processo coloca-se, portanto, no contexto

internacional de mudanças na superação da violência asilar. Iniciado no final da década de 70, em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é maior do que a sanção de novas normas, leis e conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde[9,15,16].

O seu objetivo principal é eliminar a prática do internamento por considerá-lo uma forma de exclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico, bem como substituir o modelo manicomial tradicional e fechado de assistência à saúde mental pela criação de uma rede de serviços abertos e de atenção psicossocial, inclusive comunitária[17].

Segundo Farinha[9], o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser dividido em cinco períodos, em cada um dos quais gradativas mudanças foram alcançadas:

a) 1º Período:

- Mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura;
- Protoformas das “Ações Integradas de Saúde”: 1978-1982 (São Paulo e Minas Gerais) e 1978-1980 (Rio de Janeiro).

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) traz consigo o questionamento das políticas de assistência psiquiátrica da época. O seu surgimento, aliado a ações sociais populares do ano de 1978, é resultado de articulações anteriores em Congressos de Psiquiatria e movimentos de renovação médica. O MTSM ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, como a de Franco Basaglia.

O MTSM nesse período não possuia nenhum vínculo com o Estado e seus objetivos foram:

- Denunciar e mobilizar pela humanização dos hospitais psiquiátricos;
- Denunciar a indústria da loucura nos hospitais privados;
- Denunciar e reivindicar melhores condições de trabalho;
- Reivindicar a expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Desse modo é feita a primeira tentativa de mudança no Sistema Global de Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE) que, posteriormente, foi denominado de Reforma Sanitária, com iniciativa dos trabalhadores em geral.

b) 2º Período:

- Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (Ações Integradas de Saúde e do Sistema Único de Saúde);
- Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental;
- Controle e Humanização do Setor Hospitalar;
- Ação a partir do Estado (1980: Rio de Janeiro; 1982: São Paulo e Minas Gerais).

Neste período ocorreu também, no Rio de Janeiro (1980), a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, o que possibilitou a intervenção nos hospitais psiquiátricos estatais e privados e a defesa dos seguintes objetivos:
- Não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde é possível e/ou necessário;
- Regionalização das ações em saúde mental, integrando os setores internos ou específicos dos hospitais psiquiátricos com os serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- Controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados, centralizando as emissões de guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos serviços de emergência do setor público.

c) 3º Período:

- Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado;
- Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987-1992.

Durante esse período, houve a consolidação de algumas conquistas realizadas no período anterior, como a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei

Orgânica de Saúde (1990) que resultam na instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS).

d) 4º Período:

- Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica;
- “Desospitalização Saneadora”;
- Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial;
- Surgimento das Associações de Usuários e Familiares: 1992-1995.

Abaixo, relatamos algumas mudanças ocorridas nesse período:

- A II Conferência Nacional de Saúde Mental e a edição de portarias ministeriais, a partir de 1991-1992, estabeleceram a normatização e os financiamentos para os novos serviços de saúde mental bem como o controle e a supervisão para melhorar a assistência nos hospitais psiquiátricos.
- Foram abertos, em todo o país, mais de 2.000 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 serviços de atenção psicossocial – Hospitais Dia, Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).
- Outros profissionais da área social e da saúde foram chamados a fazer parte da equipe de multiprofissionais, de acordo com o novo paradigma de atenção.
- Avanço da luta antimanicomial no plano legislativo, apesar da não aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado que previa a progressiva extinção dos manicômios e a sua substituição por recursos assistenciais na comunidade;

e) 5º Período:

- Bloqueio às tentativas de avanço da reformulação das novas portarias de serviços e programas, como o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) e um relativo esvaziamento do papel da liderança política na coordenação de saúde mental, no Ministério da Saúde (MS), devido à saída do Ministro da Saúde, Adib Jatene.
- Impasse com a aprovação, em 1998, pelo Senado, do projeto substitutivo Sebastião Rocha, que avança na direção de se afirmarem vários direitos dos usuários, mas deixa uma lacuna para a construção de novos hospitais psiquiátricos convencionais.

- Em 1999, uma das lideranças do movimento, a Dra. Ana Pitta, da Universidade de São Paulo (USP), assume a coordenação e avanços significativos foram conquistados: a legislação federal sobre as cooperativas sociais (inclusão no trabalho de indivíduos dependentes) e a portaria do MS sobre serviços residenciais terapêuticos.
- O sucesso do Programa de Saúde da Família, do MS, confirma a importância de cuidados com a saúde mental comunitária.

Os serviços de saúde mental que implementaram o modelo tecno-assistencial baseado na reabilitação psicossocial, com modalidades de atendimento grupais, até meados dos anos 90, diversificaram cada vez mais os procedimentos terapêuticos e ofereceram projetos terapêuticos que incluíam atividades que permitissem singularizar o cuidado e estendê-lo para além dos limites especiais das instituições, tal como é o caso do AT[4].

A partir dos debates ocorridos durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, o Brasil tem demonstrado claramente o objetivo de reverter o modelo hospitalocêntrico, como assumido, enquanto política nacional, pelo próprio Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica, embasado em movimento social iniciado com gestores, técnicos, familiares, usuários, parlamentares e organizações profissionais, ganhou o apoio da opinião pública[15].

2.3 O Acompanhante Terapêutico

Não pretendemos realizar um estudo aprofundado sobre a história do Acompanhante Terapêutico, uma vez que esse assunto foi abordado por diversos outros autores. Restringimo-nos a uma breve contextualização sobre o papel do at e de como ele expandiu pelo Brasil para que se compreendam melhor nossas entrevistas, resultados e discussões.

O surgimento do AT nos remete aos anos de 1960-1970, quando as comunidades terapêuticas, com o objetivo de criar um ambiente adequado para estabelecer um vínculo afetivo com os pacientes, romperam a hierarquia na qual, médicos e técnicos eram separados dos pacientes devido a posse do saber[18].

Portanto, a origem da clínica do AT foi influenciada, de maneira ideológica na década de 60, pela movimentação política da Reforma Psiquiátrica, na tentativa de supressão dos manicômios na Europa Ocidental[19.]

Essa nova ideologia influenciou o Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP) na Argentina, durante a década de 70[18]. A instituição utilizou a abordagem múltipla em uma clínica de atendimento a pacientes psicóticos e dependentes químicos, que junto com os familiares recebiam cuidados de maneira sistematizada de uma equipe multiprofissional, da qual fazia parte o profissional at[20].

No Brasil no final da década de 70, a presença do AT na assistência aos pacientes psiquiátricos começou em Porto Alegre, depois no Rio de Janeiro, com a denominação de “auxiliares ou atendentes psiquiátricos” e, em São Paulo, com “amigos qualificados”, sob influência direta da Argentina por causa da proximidade geográfica. Essas cidades receberam a ajuda de psicanalistas argentinos que tiveram seus direitos civis cassados e que buscavam asilo político durante o movimento peronista[21,22,23].

O AT surgiu juntamente com o movimento de criação e experimentação de novas formas de lidar com a loucura fora dos muros das instituições como foram as primeiras experiências ocorridas na Reforma Psiquiátrica[23].

Na década de 60, o psiquiatra Marcelo Blaya, influenciado pelas Comunidades Terapêuticas Americanas, criou uma instituição particular na cidade de Porto Alegre, denominada Clínica de Pinel ou Associação Encarnación Blaya. A clínica atendia, em sua maioria, adultos psicóticos e introduziu no Brasil uma nova maneira de encarar o tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico. Uma equipe multiprofissional, focada nas necessidades reais ou imaginárias dos pacientes, mantinha-os em atividade permanente nas 24 horas do dia e isso só era possível com a presença da figura, então, na época, denominada “auxiliar e atendente psiquiátrico”, a qual, posteriormente, viria a ser reconhecida como acompanhante terapêutico[18,24].

O “atendente psiquiátrico” colocava em ação o tratamento elaborado pela equipe de saúde, cuidando para que o paciente pudesse aprender certas condutas e comportamentos que facilitassem sua adaptação fora da internação. Deveria, portanto, atentar para todos os aspectos da vida[18].

Na Clínica de Pinel, não havia enfermeiros e os atendentes eram, em sua maioria, compostos por estudantes de medicina e psicologia que realizavam o estágio supervisionado no local. Eles executavam as tarefas dos enfermeiros e até mesmo além do que competia a eles[18].

Influenciados pelas experiências da Clínica de Pinel, um grupo de psiquiatras psicanalistas fundaram, no final da década de 60, a Clinica de Vila Pinheiros, na cidade do Rio de Janeiro[25].

A Dra. Carmem Dametto é uma figura importante para a história do AT na Clínica de Vila Pinheiros. Depois de trabalhar como “atendente psiquiátrica” na Clínica Pinel, onde se fixou vinda da Argentina, ela leva a denominação de “auxiliar psiquiátrico” à Clínica de Vila Pinheiros[18].

Há ainda uma terceira linha no Brasil que contribuiu com seu olhar inovador quanto ao tratamento da doença mental, a Comunidade Terapêutica Enfance, fundada em 1968, na divisa das cidades de Diadema e São Paulo[18,26].

Sua atividade era voltada ao tratamento de crianças com transtornos mentais e dentro dela criou-se a figura do “assistente recreacionista” que, mais tarde, passou a se chamar “assistente psiquiátrico”[18,26].

No decorrer dos anos, as características deste trabalho foram se modificando, pois a construção de vínculo com o acompanhado passou a ser valorizada e a função passou a ser nomeada por “amigo qualificado”. A característica principal deste membro da equipe era estabelecer relações humanas terapêuticas e fazer o que se chamavam na época de “terapia do ambiente”[18,26].

Essas instituições pioneiras do que na década de 80, passou a ser denominado “amigo qualificado” eram particulares e se baseavam no modelo das comunidades terapêuticas, atendendo somente pessoas com alto poder aquisitivo[23].

Posteriormente, quando se percebeu a necessidade de aliar à prática uma dimensão teórica, o “amigo qualificado” transformou-se no acompanhante terapêutico[4].

Ao avaliar o caminho percorrido pelas figuras que precederam o acompanhante terapêutico, chegamos à conclusão de que o início da prática ocorreu dentro das comunidades terapêuticas, que buscavam alternativas fora dos saberes psiquiátricos tradicionais.

Todo esse percurso, iniciado nas décadas de 60, foi abruptamente interrompido durante a ditadura militar no Brasil. Nesse período, o governo federal

reduziu drasticamente o investimento na saúde pública e privilegiou o setor privado que mantinha clínicas psiquiátricas de modelo manicomial, utilizando a verba do extinto INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social), e que foi alvo de grandes denúncias e escândalos[18].

Como consequência, dessa política proliferarem hospitais psiquiátricos de modelo manicomial asilar, uma vez que havia um grande interesse econômico em se manterem manicômios e clínicas psiquiátricas nesse modelo. Este processo fere todos os ideais das comunidades terapêuticas e do pensamento da contra-cultura das décadas de 60 e 70[18].

Os questionamentos quanto à Reforma Psiquiátrica ressurgem em meados dos anos 80, quando há a “abertura política” no país e, em 1986, são criadas novas diretrizes do SUS na 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Esses episódios parecem ter dado inicio aos processos cujas diretrizes básicas foram a integralidade, universalidade e democratização da saúde, ou seja, a cidadania que culminaria na Reforma Psiquiátrica Brasileira[18].

No início da década de 80, os antigos “auxiliares psiquiátricos” da clínica de Vila Pinheiros, na cidade do Rio de Janeiro, tinham um curso de formação de 24 meses dentro da própria instituição. Os interessados eram estudantes das várias áreas da saúde[21,22].

Ainda na cidade do Rio de Janeiro, vários grupos de “auxiliares psiquiátricos” foram sendo formados nos anos 80 e em 1984 realizaram o “Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos do Rio de Janeiro”, quando decidiram ser oficialmente chamados de acompanhantes terapêuticos[18].

Em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei n° 3657/89, entitulado “Lei da Reforma Psiquiátrica”, com o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. O projeto foi aprovado no ano de 1992, mas somente em abril de 2001 foi aprovada a Lei Federal n° 10.216 que estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica[18].

Em 1979, tinha sido fundado, em São Paulo, o Hospital Dia “A Casa” e no ano de 1981, a instituição tem em seu meio um grupo de “amigos qualificados”, seguindo as experiências da precursora Comunidade Enface[27].

Uma personagem significativa desta época é o Dr. Oswaldo Amaral, psiquiatra brasileiro que trabalhou durante 5 anos na Argentina e que, ao retornar ao

Brasil, instala-se na cidade de São Paulo e começa a trabalhar com o AT. No começo, o Dr. Oswaldo não se vincula a nenhuma instituição e forma um grupo de estudo e trabalho em AT. Anos depois, coordenou a Clínica Travessia, onde realizou experiências em AT semelhantes aos do Hospital Dia “A Casa”[18].

Durante esse período em que se buscava reestruturar a assistência psiquiátrica, outros espaços de acolhimento foram sendo implantados como, por exemplo, os CAPS e HDs, que contribuíram também para a transição pela qual vinha experimentando a atuação do at[4].

Nesse contexto, o AT era praticado por diferentes profissionais que compunham a equipe multiprofissional dos hospitais psiquiátricos como terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos. A função poderia ser exercida por qualquer profissional que criasse um vínculo com o paciente e, dessa maneira, atuar nos cuidados com higiene, medicação, intervenções em casos de agressividade ou outras ações propostas pelo hospital, além de acompanhar o paciente dentro da instituição ou em saídas pela cidade, às vezes permanecendo com o paciente dia e noite para evitar o seu internamento[28].

Com o passar dos anos, os grupos variados, tanto por sua conformação profissional, quanto por sua localização, procuram uma designação mais adequada para essa função. Em vez de “auxiliar” ou “atendente psiquiátrico” decidem por acompanhante terapêutico[18].

Enquanto a troca de nome no Rio de Janeiro se deve ao reconhecimento do caráter clínico do AT, em Buenos Aires e São Paulo, eles buscam um nome que se adequasse melhor ao que representavam[25].

No campo da saúde mental, o AT é um dispositivo que vem se sofisticando no decorrer do seu processo histórico e é um atendimento clínico caracterizado pela prática de saídas pela cidade ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais. Para isso, elaboram um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, utilizando ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações[20].

A fala de Fugihira[29] a seguir representa bem o que vimos apresentando até o momento:

> Quando um acompanhante se posiciona a partir de um lugar ético frente à pessoa com deficiência e às pessoas nos ambientes com

> quais a primeira se relaciona, atua como facilitador de experiências éticas para ambos os lados; é um tipo de posicionamento que areja um ambiente poluído de padrões e conceitos.

A função social do at, mesmo bem intencionada, sobretudo quanto à preocupação de se criar um vínculo com o paciente e o levar a transitar pela cidade, era alvo de críticas, sustentadas pela dúvida de que esta estratégia não servia somente para a extensão de cuidados do paciente de difícil manejo ou para que ele se adapte ao modelo de tratamento como, por exemplo, a terapia individual e grupal[23].

A equipe de acompanhantes terapêuticos do Instituto “A Casa”, em São Paulo, tem mostrado, por meio de suas experiências, que é necessário um grande número de recursos terapêuticos ao se optar pelo AT como uma das formas de tratamento para psicóticos, pois as abordagens terapêuticas vão sendo construídas através da relação estabelecida entre acompanhante e acompanhado e da demanda trazida pelo sujeito[30].

O AT é uma clínica que acontece no cotidiano, nos mais variados espaços e contextos, para o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo e explorando redes sociais preexistentes[31].

É uma atividade clínica em movimento, que auxilia o acompanhado a sair de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição. Tem como objetivo terapêutico a inclusão social em congruência com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial[20].

Trata-se de uma modalidade de atendimento que vem sendo usada cada vez mais no tratamento de psicóticos ou de pessoas que por diversos motivos não conseguem cuidar dos aspectos básicos de sua vida como: organizar os seus pertences, programar um passeio, estudar ou trabalhar, que possuem dificuldades de inserção social[30].

O AT não está atrelado a uma profissão em particular, mas a qualificação se faz necessária para o exercício dessa prática[20].

A formação é uma questão importante, uma vez que a prática tem se tornado cada vez mais reconhecida por sua eficácia e difundida em diferentes áreas da saúde. Em razão disso, nota-se um gradativo aumento de bibliografia e eventos sobre o tema, o que possibilita aos profissionais, que tenham a intenção de trabalhar

com a prática do AT, melhor formação e estudos que os preparem para esta atividade clínica[20,32].

O projeto terapêutico, apesar de cenas inesperadas, não é aleatório. Uma proposta terapêutica necessita de um guia que procura articular a pessoa em seu espaço social. Trata-se de um processo de reinvenção e se faz presente a partir da própria condição do(s) sujeito(s) acompanhado(s)[20].

A marca da interdisciplinaridade está presente no dispositivo clínico do AT, podendo se associar como uma estratégia a mais em serviços como os CAPS, Ambulatórios de Saúde Mental e mesmo nos serviços de internação[20].

Articulado aos saberes de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, o AT caracteriza-se pela prática multiprofissional voltada ao atendimento e solução dos problemas pessoais, grupais e sociais, determinantes e determinados por comportamento e afetividade alterados, sendo parte do tratamento em saúde mental e sua efetividade é evidente[20].

O trabalho do AT é árduo e exige preparo do profissional, desprendimento, interesse genuíno em trabalhar a independência e a liberdade assistida. Exige a capacidade de conviver com o sofrimento e acreditar no potencial saudável do outro[5].

Os autores Carniel e Pedrão[13], em seu artigo expressam claramente este preparo em:

> Para ser um acompanhante terapêutico é preciso estar desprovido de qualquer tipo de preconceito, pois trata-se de um trabalho que se realiza junto a uma pessoa nas suas funções cotidianas e isso implica em envolvimentos em situações às vezes difíceis e constrangedoras, principalmente junto a pacientes onde se busca o resgate de sua sanidade. (...) Por isso é preciso baixar os preconceitos durante o tratamento, ter persistência, crença e dedicação nesse tipo de trabalho, pois os resultados podem aparecer a qualquer momento.

2.3.1 Cursos de formação de Acompanhante Terapêutico

Os cursos para a formação de ats ainda se amplia timidamente em todo o território nacional, porém na cidade de São Paulo encontra-se um dos cursos mais reconhecidos e conceituados nesta área.

Os ats mais experientes, em sua maioria, não atuam diretamente na prática do acompanhamento. Eles trabalham com cursos de formação, supervisão em clínicas ou ministram aulas, contribuindo, assim, para a consolidação do AT como parte integrante da Reforma Psiquiátrica[23].

A seguir descreveremos sucintamente o curso do Instituto A Casa para ilustrar como se processa a formação de um AT:

O Instituto A Casa é pioneiro na clínica do Acompanhamento Terapêutico em São Paulo e com mais de 30 anos de experiência no tratamento de psicoses e de outras psicopatologias.

O curso é dividido em quatro módulos temáticos: Fundamentos do AT, Clínica do AT, AT com crianças e adolescentes e Interfaces do AT.

Os módulos são semestrais e independentes e permite-se aos alunos realizar um módulo ou mais, configurando-se como curso de extensão. É também possível optar pela Formação em Acompanhamento Terapêutico, que necessita da realização dos quatro módulos e entrega de trabalho de conclusão individual. A escolha pela Formação em AT permite a realização opcional de estágio supervisionado.

O público alvo do curso são profissionais e estudantes de Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Enfermagem, Medicina e Educação, bem como técnicos dos serviços de Saúde Mental como: CAPS, Hospitais Dia, centros de convivência, moradias assistidas, oficinas terapêuticas, emergências psiquiátricas e ambulatórios.

O descrito até então reforçou minhas inquietações iniciais e o desejo de compreender quem é o at, o que faz, como se sente e quais as facilidades e dificuldades encontradas no desempenho de suas atividades.

2.3.2 Políticas Públicas e Legislação

A presença do at na rede de serviços públicos, principalmente nos CAPS, é uma experiência recente na cidade de São Paulo. A união entre eles se fortalece, motivada pela falta de parcerias com instituições de formação de acompanhantes terapêuticos ou com profissionais autônomos[23].

Os serviços públicos não disponibilizam o acompanhamento terapêutico pela impossibilidade de contratação dos mesmos, uma vez que a Reforma Psiquiátrica

ainda está em consolidação e não se reconhecem os praticantes desta atividade como profissionais que compõem os serviços. Esta postura afeta negativamente o trabalho entre o at e o usuário. Além do convívio temporário com estagiários acompanhantes nos serviços de saúde, existe a impossibilidade de custear os honorários de acompanhantes terapêuticos particulares[23].

Os acompanhantes terapêuticos, em geral, formam grupos que, ou estão em alguma instituição de tratamento, de ensino, pesquisa ou supervisão ou têm, como referência, sua rede de contatos profissionais de confiança, tanto para indicação de casos clínicos como para troca de experiências[23].

O acompanhado pertence a um grupo de referência limitado, dispõe geralmente de psiquiatra e acompanhante como recurso terapêutico ou frequenta um serviço de saúde, onde o AT está inserido, como recurso de reabilitação psicossocial[23].

A figura do acompanhante terapêutico surge na legislação brasileira por meio da Portaria SNAS n° 189, de 19 de novembro de 1991 que contempla, entre outros, a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais e a diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo[3].

A presença do at está descrito nos Código 840-0 e Código 842-7 como parte integrante da equipe multidisciplinar no atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psiossocial[3].

No entanto, o termo acompanhante terapêutico é retirado na Portaria SNAS no 224, de 29 de janeiro de 1992, porém há a citação, entre outros, da presença de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, para inserção do doente mental na comunidade. E a Portaria SAS no 189, de 20 de março de 2002, por sua vez, não cita o acompanhante terapêutico como pertencente ao quadro de funcionários[3, 23].

3. PROBLEMAS DE PESQUISA

• Quem é o Acompanhante Terapêutico?

• Quais as facilidades e dificuldades no seu dia a dia de trabalho?

• Quais seus sentimentos em relação a sua atividade?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Contribuir para a elucidação da função do at e, ao mesmo tempo, dar visibilidade às suas atividades.

4.2 Objetivos Específicos

• Determinar o perfil do Acompanhante Terapêutico quanto aos aspectos bio-sócio-profissionais

• Identificar as facilidades e as dificuldades do Acompanhante Terapêutico no seu dia a dia de trabalho.

• Descrever seus sentimentos em relação à atividade desenvolvida.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal e de campo, com abordagem quanti-qualitativa, para quantificar e descrever (qualificando) os resultados da atividade humana criadora, racional e afetiva que é desenvolvida pelo at[33,34].

5.2 Local

Após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Guarulhos, achamos por bem delimitar o estado de São Paulo como local de coleta de dados, pois estender a coleta para o Brasil inteiro demandaria um tempo muito longo, inviável para este estudo.

A primeira pessoa contatada (por ser uma referência em estudos sobre o AT no Brasil) que aceitou participar da pesquisa reside na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo. Os demais locais de coleta dos dados foram Ribeirão Preto e São Paulo.

5.3 População

Seis Acompanhantes Terapêuticos (ats) atuantes ou que atuaram com pessoas em sofrimento psíquico, residentes no estado de São Paulo, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[35].

Para sua composição, foi utilizada a técnica de “bola-de-neve” que consiste numa amostragem por conveniência (ou amostragem acidental), ou seja, o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo[34].

A técnica de “bola-de-neve” (*snowball technique*) permite a um entrevistado indicar os outros a serem entrevistados que, por sua vez, indicarão os próximos, e assim por diante, até que as indicações comecem a se repetir. Uma amostra por

meio desta técnica reúne pessoas que conhecem outras, com características de interesse da pesquisa[36].

A técnica escolhida se mostrou pertinente uma vez que a população procurada devia apresentar traços específicos (acompanhantes terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico). Este método foi utilizado porque os ats são pessoas difíceis de serem encontradas por meio comum[34].

No total, foram contatados 16 acompanhantes terapêuticos, sendo que apenas um não se encaixou nos critérios de inclusão por trabalhar somente com indivíduos com deficiência mental. Após inúmeros problemas para dar continuidade à coleta de dados como a falta de retorno dos participantes que aceitaram participar do estudo, o não envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado mais de uma vez e o não retorno do questionário ou agendamento da entrevista, decidimos por buscar os ats de maneira aleatória, entrando em contato com grupos de acompanhantes. Houve retorno de apenas um grupo, porém os acompanhantes estavam em férias e com o prazo para a conclusão da dissertação se esgotando, finalizamos o estudo.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Fizeram parte da amostra ats que concordaram com os termos da pesquisa e que assinaram o TCLE de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[35].

Critérios de Inclusão:

Para compor a amostra os sujeitos deveriam:

- residir no estado de São Paulo;
- ter praticado a atividade de Acompanhante Terapêutico com pessoas em sofrimento psíquico.

Critério de Exclusão:

Para serem excluídos do estudo, os sujeitos deveriam:

- Não enviar o TCLE;
- Não enviar o questionário;

- Não agendar data e hora para a entrevista.

5.4 Procedimentos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos e aprovado com o parecer nº 146/11 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos (ANEXO A).

Em observância a um dos itens da Resolução 196/96 do SISNEP, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em linguagem clara, acessível aos sujeitos da pesquisa; o TCLE incluiu as informações sobre os objetivos e finalidades do estudo, a garantia do anonimato, o sigilo e confidencialidade dos dados, a existência de riscos mínimos para os participantes, os benefícios esperados, a liberdade de participar ou não, bem como a possibilidade de recusar-se a participar a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo; informou ainda do não pagamento pela participação, a concordância da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos e a publicação em revistas científicas.

5.5 Coleta de Dados

5.5.1 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira consistiu em estabelecer contato com o at, por meio de contato telefônico, por via Internet (“Messenger”, “Skype” ou e-mail) ou pessoalmente, explicando os objetivos da pesquisa e a técnica a ser utilizada para indicação de outro at; o caráter voluntário de sua participação; a gravação do áudio ou arquivamento da resposta por escrito do instrumento de coleta de dados, bem como seu anonimato e sigilo das informações colhidas.

A segunda etapa foi composta pelas entrevistas, seguindo a ordem de indicações subsequentes ao at entrevistado, e com a utilização do meio mais pertinente para a sua realização. Nos casos em que houve impossibilidade de um encontro face a face, a entrevista para aplicação do formulário foi realizada por telefone; via Internet, utilizando os recursos do “Messenger” e/ou “Skype”, em dia e

hora, previamente agendados com o colaborador. Alguns entrevistados, por problemas pessoais, solicitaram responder por escrito via e-mail (através de questionário). A todos os entrevistados foi enviado, por carta, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. A pesquisadora incluiu na carta um envelope selado para resposta. A entrevista só ocorreu com a devolução do TCLE assinado.

5.5.2 Instrumento

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário/questionário (APÊNDICE B), com perguntas fechadas e abertas. A primeira parte continha dados para a caracterização da população estudada, como idade, sexo, formação acadêmica e formação ou não de at. A segunda parte, “Práticas do Acompanhante Terapêutico”, constou de dados sobre a atividade do AT e de 3 perguntas específicas sobre ela.

O instrumento foi submetido a teste com uma Enfermeira e at na cidade de Guarulhos, de quem foi averiguada quanto a sua formulação. Para a caracterização da população estudada, houve sugestão para segmentar a questão “profissão” para profissão e formação escolar e acréscimo das categorias *Stricto Sensu* e *Lato Sensu* e acrescentar a pergunta: *atualmente atua em outra atividade ligada à área da saúde?*

6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente em números absolutos e percentuais e apresentados sob forma de figuras e quadros. As questões abertas foram alvo de análise qualitativa.

Para a análise das questões abertas, seguimos os passos da Análise Temática de Minayo[33]:

1. Leitura de todos os instrumentos;
2. Releitura de cada instrumento em particular, grifando as falas pertinentes aos objetivos - *Unidades de Registro* (URs);
3. Agrupamento das URs em categorias temáticas;
4. Análise reflexiva e relacional entre os dados empíricos e o referencial teórico.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a técnica de coleta preconizada, encerramos os contatos quando não mais encontramos ats que aceitassem participar da pesquisa, por isso a população consultada restringiu-se a 6 ats.

7.1 Caracterização da População

Em razão da Resolução 196/96, que determina sigilo e anonimato em pesquisas com seres humanos, a pesquisadora escolheu pseudônimos com nome de flores.

Os sujeitos da pesquisa foram um homem e cinco mulheres, na faixa etária de 25 a 50 anos (Figura 1), todos com nível superior completo e apenas um indivíduo sem pós-graduação (Quadro 1).

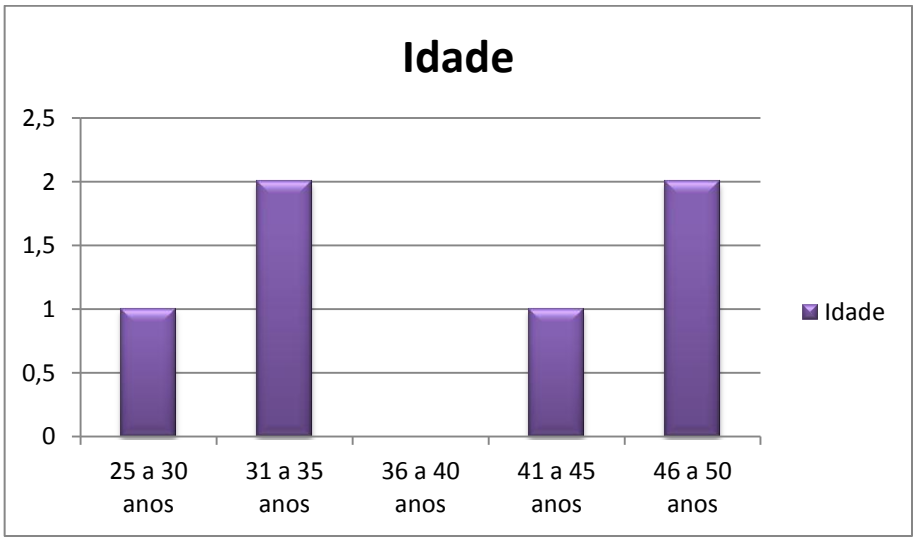


Figura 1 - Distribuição dos entrevistados segundo idade. Guarulhos, 2012.

Pseudônimos	Idade	Sexo	Bacharel em:	Pós Graduação
Rosa	50 anos	F	Terapia Ocupacional	*Lato Sensu* e *Strictu Sensu*
Margarida	46 anos	F	Enfermagem	*Lato Sensu* e *Strictu Sensu*
Dália	33 anos	F	Psicologia	*Lato Sensu* e *Strictu Sensu*
Begônia	33 anos	F	Psicologia	não possui
Lírio	25 anos	M	Psicologia	*Lato Sensu*
Açucena	41 anos	F	Psicologia	*Lato Sensu e Stricto Sensu*

Quadro 1 - Exemplificação da caracterização dos sujeitos. Guarulhos, 2012.

As informações sobre a atividade de AT (Quadro 2) desempenhada pelos entrevistados indica que todos eles têm formação específica de acompanhante terapêutico. Os entrevistados, que relataram formação em cursos ministrados pelo Psicólogo e at Kleber Duarte Barreto, não possuíam vínculo com a instituição onde assistiam às aulas.

Formação de AT	Instituição	Tempo de atuação	Atualmente exerce o AT	Atividade paralela ao AT	Outra atividade na área da saúde?
Sim	Kleber Duarte Barreto	16 anos	Sim	Sim	Sim
Sim	Kleber Duarte Barreto e Instituto A Casa	18 anos	Não	Sim	Não
Sim	UNIP	9 anos	Sim	Sim	Não
Sim	USP	9 anos	Sim	Sim	Sim
Sim	Instituto A Casa	6 anos	Sim	Sim	Sim
Sim	Instituto A Casa	17 anos	Sim	Sim	Sim

Quadro 2 - Exemplificação das informações dos sujeitos quanto ao Acompanhante Terapêutico. Guarulhos, 2012.

O tempo de atuação como at varia de 6 a 18 anos, como demonstrado na figura abaixo (Figura 2):

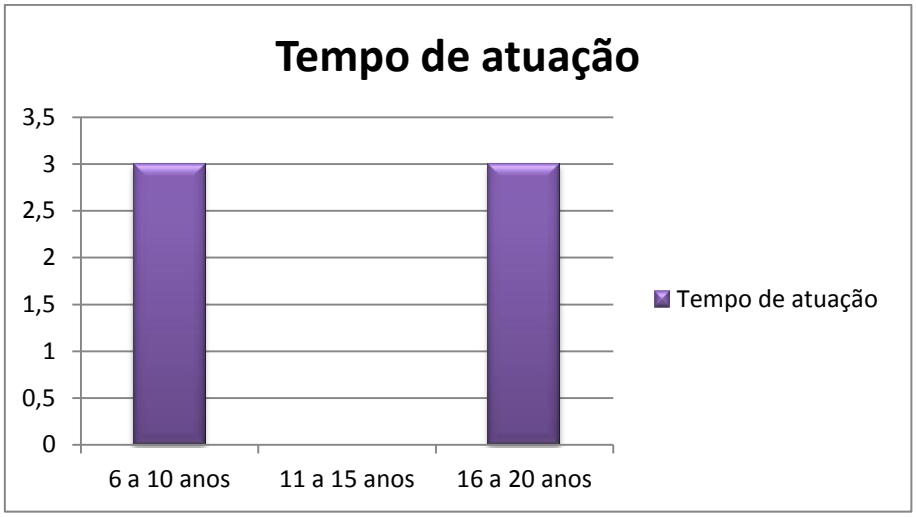


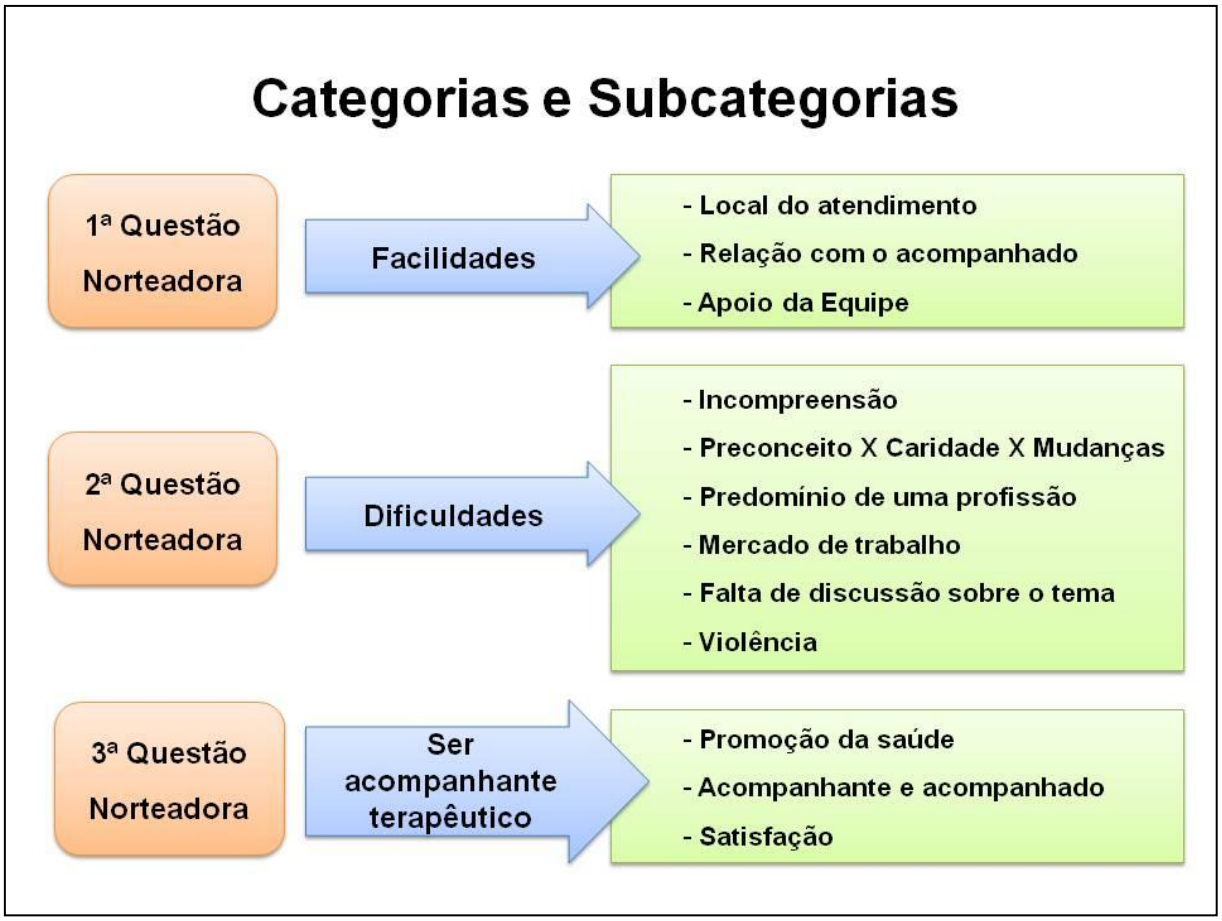
Figura 2 - Distribuição dos entrevistados com relação a tempo de atuação como Acompanhante Terapêutico. Guarulhos, 2012.

Apenas um entrevistado não trabalha atualmente com a atividade de AT, por causa de uma restrição de seu trabalho, que exige dedicação exclusiva. Todos os outros entrevistados exerceram uma atividade paralela durante a sua atuação como at.

7.2 Análise do Discurso dos Participantes

Os dados a seguir foram analisados de forma qualitativa, conforme a abordagem da pesquisa a partir de frases extraídas dos discursos dos participantes que responderam às questões norteadoras. O tratamento dos dados baseou-se na Análise Temática proposta por Minayo[33] e seguiu as etapas propostas pela autora em seu rigor analítico.

As categorias e as subcategorias encontradas são demonstradas no quadro abaixo (Quadro 3):



Quadro 3 - Exemplificação das Categorias e Subcategorias encontradas. Guarulhos, 2012.

7.2.1 Primeira Questão Norteadora

A análise da primeira questão norteadora: *Descreva quais foram as suas facilidades com a atividade de AT* permitiu a construção de 1 grande categoria: Facilidades, com 3 subcategorias: Local do Atendimento; Relação com o Acompanhado e Apoio da Equipe. O quadro a seguir exemplifica como esta análise foi feita (Quadro 4).

Conteúdo dos Discursos	Unidade de Registro	Inferência	Categoria	Subcategoria
"As identificações com a maneira de atender a pessoa no seu local da dificuldade. Me identifiquei muito com esse tipo de prática que vai no lugar onde a pessoa precisa do atendimento ao invés de ficar só na posição de espera ou de promover uma adesão a partir do que a gente pensa, do que o profissional pensa". (Margarida)	Identifica-se com a atuação no local onde a dificuldade do cliente ocorre, atendendo as necessidades dele a partir do que ele diz	Identifica-se o atendimento no local da dificuldade e atuando a partir da necessidade expressada pelo cliente	Facilidades	Local do Atendimento
"Possuo algumas características importantes para o at, a dinâmica, o movimento e a criatividade, me identifico com o contato humano no sentido literal da palavra, ou seja, estar junto das pessoas, participar ativamente na construção de possibilidades e busca de crescimento." (Dália)	Identifica-se com as características importantes para o at, de participar ativamente na construção de possibilidades e busca de crescimento	Identifica-se que o at participa ativamente na construção de possibilidades e busca de crescimento	Facilidades	Relação com o Acompanhado

Quadro 4 - Exemplificação da análise da primeira questão norteadora. Guarulhos, 2012.

7.2.1.1 Facilidades

a) Local do atendimento

O AT se constitui de uma forma de atenção ao sujeito que recupera a ação de circulação social interrompida pelo adoecimento. Ele potencializa as trocas e os intercâmbios sociais, pois resgata o direito de usufruir da vida pública a quem foi sistematicamente excluído desses espaços[37].

Portanto, trata-se de um dispositivo que busca intervir na vida de pessoas para retomarem o movimento e sua circulação social[38]. O at trabalha para que o paciente, um dia, não necessite mais dele[39].

O discurso sobre o papel do acompanhante terapêutico na ressocialização do sujeito se faz presente na seguinte fala:

"É uma forma muito legal de inserir as pessoas socialmente, na cultura, no mundo." (Rosa)

A diversidade de recursos que os encontros proporcionam é demonstrada em falas como:

"Recursos de toda espécie a sua disposição, só saber utilizar. A riqueza de estar em contato com o público." (Rosa)

Na medida em que é proposto ao paciente movimentar-se, criam-se novos espaços e contatos que irão gerar novas possibilidades, estimulando a capacidade criativa e a interação com o mundo[40].

Essas identificações são expressas em:

"As identificações com a maneira de atender a pessoa no seu local da dificuldade. Me identifiquei muito com esse tipo de prática que vai no lugar onde a pessoa precisa do atendimento ao invés de ficar só na posição de espera ou de promover uma adesão a partir do que a gente pensa, do que o profissional pensa." (Margarida)

"Uma clínica de muita potencialidade porque ela vai até o sujeito e não o sujeito que vem até você. E a potencialidade clínica de estar exercendo algo com ele que sai dos ambientes clássicos." (Açucena)

"Minhas facilidades em relação ao AT foram ter flexibilidade, não gerar muitas expectativas, entender os limites de cada paciente, realizar um projeto terapêutico individual para cada paciente, respeitar o momento de cada um, estar com o paciente, em casa, na rua, na cafeteria, enfim, aonde ele quisesse." (Begônia)

O acompanhamento terapêutico promove a saúde no mais aberto dos espaços. Ele transita pela cidade, apropriando-se dela como lugar de habitação e convivência coletiva, campo de negociações e de exercício de contratualidade social e de cidadania[37].

Ao realizar a atividade de AT, tive a oportunidade de enxergar a grande quantidade de recursos à disposição, podendo até mesmo escolher o que melhor se encaixaria no objetivo daquele encontro. Isso torna os encontros ricos, fazendo com que acompanhante e acompanhado se adaptem as mais diversas situações, exigindo, muita das vezes uma adaptação de ambos perante a um desafio inesperado.

b) Relação com o acompanhado

Muitos pacientes em sofrimento psíquico possuem uma grande experiência em estabelecimentos de relacionamentos interpessoais, boas e ruins. A partir do momento que a interação como o paciente refletir aceitação e as respostas a ele forem consistentes, surgirá o relacionamento terapêutico[41].

Um relacionamento terapêutico é focado nas necessidades pessoais e emocionais do cliente, enquanto que em um relacionamento social, as necessidades de ambos os envolvidos são considerados[41].

O AT, pela relação terapêutica entre o profissional e o acompanhado, constitui-se em uma atividade clínica porque a ação ocorre em sintonia com exercício do projeto terapêutico que favorece o processo de reabilitação psicossocial do sujeito[20].

A interação entre acompanhante e acompanhado é relatada nos discursos:

"Faz muito sentido pra mim este tipo de relação com a pessoa do acompanhado. Você vai pra escutar e a partir dele como que vocês vão trabalhar juntos, o acompanhante e o acompanhado." (Margarida)

"Possuo algumas características importantes para o AT, a dinâmica, o movimento e a criatividade, me identifico com o contato humano no sentido literal da palavra, ou seja, estar junto das pessoas, participar ativamente na construção de possibilidades e busca de crescimento." (Dália)

"Vai fluindo assim, na facilidade do entendimento dessa prática." (Margarida)

“Minhas facilidades como at acredito que provenham do fato de eu ser uma pessoa um tanto tranquila quanto a supostas esquisitices das pessoas, ou seja, não me impressiono com eventos que poderiam ser considerados bizarros pelas pessoas.” (Lírio)

E escutar e registrar com a maior precisão possível os acontecimentos testemunhados durantes os encontros facilitam a compreensão sobre o paciente não somente pelo at, mas por toda a equipe[42].

c) Apoio da equipe

A literatura sobre o AT é rica em detalhes quanto ao apoio prestado ao paciente, família e sociedade e da sua própria contribuição à equipe que o integra. Poucos são os autores que enfatizam a importância da equipe não somente para dar ao at equilíbrio e melhor direção na sua relação com o paciente, mas sim no suporte dado ao indivíduo, o ser, o acompanhante terapêutico para que ele não se sinta sozinho.

A importância do apoio da equipe está expressa na fala:

“É fundamental você ter um grupo de referência, da sua prática, porque é uma prática muito solitária. Muitas vezes eles te pinçam também, né? Às vezes você está lá sofrendo, sozinha, muita das vezes mergulhada num caso e não consegue sair daquilo, você não consegue ver que você também está em meio a certa loucura e o grupo vai lá e te pinça. Aí o caso fica do grupo, é bem rico, é bem bonito. Eu só tenho experiências muito gratificantes com os meus parceiros de trabalho, de grupo de apoio.” (Açucena)

7.2.2 Segunda Questão Norteadora

A análise da segunda questão norteadora: *Descreva quais foram as suas dificuldades com a atividade de AT* nos permitiu a construção de 1 grande categoria: Dificuldade, com 6 subcategorias: Incompreensão; Preconceito X Caridade X Mudanças; Predomínio de uma profissão; Mercado de trabalho; Falta de discussão

sobre o tema e Violência. O quadro a seguir exemplifica como esta análise foi feita (Quadro 5).

Conteúdo dos Discursos	Unidades de Registro	Inferência	Categoria	Subcategoria
"Da sociedade em geral em entender que é um procedimento terapêutico, que não é um passeio ou uma atividade de diversão." (Margarida)	Percebe-se a falta de compreensão da sociedade sobre sua atuação	Sente dificuldade no entendimento da sociedade em geral sobre o procedimento terapêutico	Dificuldade	Incompreensão

Quadro 5 - Exemplificação da análise da segunda questão norteadora. Guarulhos, 2012.

7.2.2.1 Dificuldade

A análise do discurso dos entrevistados apontou as 6 subcategorias que serão apresentadas a seguir:

a) Incompreensão

A incompreensão sobre a atividade foi um fator presente em todos os discursos dos entrevistados e está expresso nas falas:

"Dificuldades dos demais profissionais aceitarem a validade do acompanhamento terapêutico." (Rosa)

"Vou falar algo da minha classe profissional. As pessoas mais velhas até veem potencialidade do at, mas acham que isso é um trabalho menor, que a grande questão é o consultório tradicional clássico e que o acompanhamento terapêutico é feito pela molecada, que quer fazer um bico." (Açucena)

Um estudo a respeito da contribuição do AT na assistência ao tratamento de um paciente com transtorno mental apontou a difícil tarefa para diminuir a resistência de uma instituição para trabalhar com o paciente. O próprio diretor da instituição questionou: vocês acreditam mesmo que essa técnica pode ajudar uma pessoa com esse grau de comprometimento? Ele não vai voltar a ser uma pessoa "normal". Isso é uma psicoterapia? A resposta foi o silêncio, pois, mesmo com uma enorme

explicação, é bem provável que tal diretor não teria sensibilidade, pelo menos mínima, para entender[13].

A entrada do acompanhante terapêutico no seio familiar gera sentimentos contraditórios porque, por um lado, o acompanhante é recebido como quem vai ajudá-los a minimizar o sofrimento e, por outro, ele é sentido como um intruso ou ameaça[23].

Essa relação de dificuldade com os familiares é manifestada nos seguintes discursos:

“Dificuldade de aceitação dos familiares, da compreensão dos familiares em relação ao AT.” (Rosa)

"Já tive algumas dificuldades no sentido de ser uma prática ainda desconhecida pela população, muitas pessoas ficavam desconfiadas de receber uma pessoa em casa que é o lugar mais íntimo da família.” (Dália)

“Sair com o cara na rua, da família também te aceitar. Há sentimentos contraditórios quando você entra no amago desta família.” (Açucena)

“Uma das dificuldades é quando a família não adere ao tratamento.” (Begônia)

Portanto, o at não só terá que ganhar confiança colocando-se como uma figura capaz de entender seus hábitos e códigos para ser aceito na convivência cotidiana, mas também terá que deixar bem estabelecida sua integração à equipe terapêutica e sua identificação profunda com as regras de trabalho que implementa[42].

A família, muitas vezes, deposita no acompanhante várias expectativas que não correspondem à realidade de seu papel dentro do contexto familiar[43].

O cotidiano e o ambiente natural do acompanhado estimulam o acompanhante a atuar também junto às famílias, auxiliando-as no cuidado e na convivência entre seus membros e com um deles identificado como um indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a diminuição do tempo de permanência dos pacientes em casa e a sua dependência de cuidadores aliviam a sobrecarga familiar.

E as saídas, como por exemplo, ao supermercado, ao zoológico, ao cinema não têm por objetivo a diversão, animar ou preencher o tempo[2,44].

A falta de entendimento da sociedade sobre o objetivo do AT é expresso nas falas:

"Da sociedade em geral em entender que é um procedimento terapêutico, que não é um passeio ou uma atividade de diversão." (Rosa)

"Enxergo a dificuldade às vezes na própria clientela. Equívocos assim, já aconteceram, que talvez tenha relação com essa indefinição." (Margarida)

No artigo de Nogueira[45], encontramos o parágrafo abaixo que, a nosso ver, reflete os discursos de nossos entrevistados:

> Aceitar a indicação do paciente ao AT em estado "bruto", em que o acompanhante terapêutico tenta responder a toda demanda dos pacientes, de suas famílias e até mesmo da equipe de saúde à qual o paciente está vinculado, cria alguns problemas acerca da clareza de delimitações das funções da prática do profissional que se misturam a funções que poderiam ser exercidas pela própria família do paciente e pela equipe. Problemas como o grande envolvimento na família do paciente (às vezes, levado à posição de espião), ocupando a função de babá na ausência da família ou como uma espécie de quebra-galho para tarefas que poderiam ser resolvidas sem a sua presença. Além de afastar o envolvimento da família e da equipe de saúde mental no tratamento, põe em risco sua relação com o psicótico, uma vez que o acompanhante terapêutico passa a ser uma referência quase que exclusiva para o sujeito, por não se servir da rede terapêutica.

Em uma pesquisa que investigou o discurso de acompanhantes terapêuticos acerca de sua prática profissional, verificou-se uma contradição não percebida pelos entrevistados. Seus discursos afirmavam que o at precisa de uma ampla e sólida formação teórica e clínica, mas, ao mesmo tempo, consideravam que "qualquer um pode ser at", desde que tivesse disposição para ir ao encontro do sofrimento alheio. Dessa maneira, o que na literatura aparece como diferença entre formação ideal e formação existente, surgiu nas entrevistas como excelência da formação e aceitação da espontaneidade emocional do acompanhante dedicado. Os discursos dos

entrevistados não definiram o AT, mas designaram suas características, não definiram o profissional da área, mas enunciaram seus vários aspectos[18].

A preocupação com a indefinição do AT é expressa no discurso:

"Indefinição se ele é profissão ou função, porque se ela especifica com profissão, ela vai ter toda a formação voltada, vai ter toda uma abertura construída no mercado para aquele profissional, um curso superior." (Margarida)

Concordamos com aqueles que afirmam ser necessário ao at conhecimento científico e habilidades para o estabelecimento de uma relação efetivamente terapêutica.

b) Preconceito X Caridade X Mudanças

Em minha experiência como at, pude perceber que muitas vezes os membros da sociedade não sabem lidar com uma pessoa em sofrimento psíquico e tentam, de maneira errada, adaptar o meio ao seu modo de vida e não o contrário. Ensinando e estimulando o paciente a ter uma mudança em seus comportamentos, procurei integrá-lo ao meio para que não fosse estigmatizado como "diferente" e, assim, excluído como se pertencesse a uma classe a parte.

Este comportamento tendencioso é expresso na fala:

"A maior dificuldade é o preconceito mesmo. Vou te contar uma coisa que eu acho um super preconceito, de colocar a pessoa no lugar de doente, não de sujeito, de cidadão. Eu estava num posto de saúde com um paciente esperando atendimento e ele se joga no chão e todo mundo estava sentado. Eu disse: "- Fulano, levanta daí, que negócio é esse?". Aí chega um senhor junto com o segurança e diz: "- Não, coitadinho, deixa ele ficar no chão". Eu disse: "- O senhor está vendo alguém sentado, deitado no chão? Porque ele tem que ficar?". Vai meio que da caridade, mas é um estigma também. E a potencialidade é de você cavar os espaços onde o cara possa ser, tudo bem na diferença, mas não a do coitadinho, do idiota, do bobo". (Açucena)

c) Predomínio de uma profissão

O predomínio de um grupo de profissionais é marcante no AT e é expresso no discurso:

"Existe aí uma política, assim, por trás disso, de predominância, reserva de mercado talvez por parte dos psicólogos, de alguns, não são de todos, eu não percebo isso de todos." (Margarida)

Em seu artigo, os autores Azevedo e Dimenstein[2] afirmam que:

> O AT não exige uma formação acadêmica específica para seu exercício, podendo ser realizado por trabalhadores de categorias distintas: de servidores de nível médio, a enfermeiros, psicólogos etc.

Existe de fato, muita literatura relacionando o AT com a psicanálise e esta percepção é descrita na fala:

"Por essa predominância da área da Psicologia, há muita produção ligada à psicanálise como se o AT fosse inerente à psicanálise e não é. A psicanálise pode ser uma ferramenta pra se compreender a relação clínica do atendimento. Existem elementos centrais inclusive, estruturantes da relação clínica como a escuta, como a supervisão, como o trabalho pessoal que são tripés utilizados para o profissional na psicanálise que precisam ser usados no acompanhamento terapêutico, mas isso não significa que o acompanhamento terapêutico, ele seja da psicanálise. Muitas vezes, os psicanalistas, pessoas que trabalham com psicanálise apropriam-se do AT e na hora de falar sobre isso falam numa linguagem psicanalítica e são poucos os trabalhos que começam a surgir e falam da espeficidade do AT e que ela não exclui a psicanálise e nem nenhum outro tipo de visão, mas ela tem uma propriedade que é essa de estar mesmo com o paciente a partir do que que ele manda." (Margarida)

Em uma pesquisa com os acompanhantes terapêuticos inscritos no 3° Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos e 1° Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos, verificou-se que 69% vinculavam seu trabalho à psicanálise, 4,8% ao psicodrama e 3,6% à "abordagem junguiana"[31].

Em outra pesquisa sobre a caracterização do AT em Minas Gerais, constatou-se que os acompanhantes terapêuticos são predominantemente estudantes de Psicologia norteados pelo saber teórico, em sua maioria, da psicanálise[45].

Constatamos que a base teórica do AT historicamente é psicanalítica, mas estudos recentes já abordam o acompanhamento terapêutico sob a ótica da psicoterapia corporal e terapia comportamental[46, 38].

"O AT por ser uma prática utilizada por vários tipos de profissionais. Encontro alguns tentando fazer com que esta prática tenha um único formato, mas percebo que é muito abrangente para fecharmos possibilidades e formas para utilizá-la. Acredito que devemos usar o AT para o bem das pessoas com muita ética e profissionalismo, mas com várias formas de interpretar esta ferramenta importante para a saúde mental." (Dália)

A psicanálise é um saber predominante na prática do AT para se compreender a dinâmica da psicose e seu tratamento, mas há a contribuição de diversas áreas do conhecimento para a investigação desta prática[23].

Existe uma co-relação entre a função de at com a graduação em Psicologia, tanto do público em geral, como de outros profissionais de saúde.

Em uma experiência pessoal, ao me apresentar em um seminário livre, fui questionada mais de duas vezes se era formada em Enfermagem e após minha apresentação, fui de certo modo, repreendida por estar atuando como at. E esta repreensão foi devido somente a ligação da minha graduação em Enfermagem.

Uma entrevistada relata esta co-relação na fala:

"Pra outros profissionais também, quando eu to atuando de at e que vou acompanhar às vezes o paciente em algum atendimento que ele vai ter com outro profissional, que faz parte inclusive, a pergunta que vem é se sou psicóloga, como se fosse algo inerente. Tem muito da área da Psicologia, mas não é próprio do psicólogo. Já escutei comentários de alguém que soube de uma coordenadora de curso de Psicologia de uma determinada universidade falando pros alunos assim: que a atividade do AT precisava ser tomada conta porque existia até Enfermeiro fazendo AT. Você se sente uma ameaça né, o que eu acho uma pena. Existe tanta

coisa a ser construída e que podemos fazer juntos, que pena que tem pessoas que pensam assim." (Margarida)

d) Mercado de trabalho

O mercado de trabalho é outro árduo caminho percorrido pelos ats, uma vez que a indefinição e a não regulamentação da atividade dificulta sua colocação quanto à remuneração.

Esta dificuldade é relatada em:

"Uma outra dificuldade é essa indefinição não promover espaço por exemplo nas equipes multidisciplinares para essa figura do at, que seria muito importante em CAPS, em ambulatórios de saúde mental, em hospitais psiquiátricos e em diversos lugares." (Margarida)

"A dificuldade no serviço público, a formação de redes. Você tem que ir atrás de tudo. Os usuários muita das vezes não têm dinheiro para pagar o ônibus para acessar o serviço de saúde." (Açucena)

As autoras Pitiá e Furegato[20], afirmam em seu artigo que:

> É preciso enfrentar o desafio da participação colaborando na construção de uma nova rede de atendimento em saúde, contribuindo com estudos associados às práticas clínicas comunitárias, nas quais o AT, interdisciplinarmente, vem se consolidando em consonância com as transformações das políticas públicas em saúde, baseadas na atenção psicossocial e seus vários dispositivos de intervenção terapêutica.

e) Falta de discussão sobre o tema

Há a necessidade de inserir essa discussão nos serviços de saúde mental e urgentemente mobilizar gestores locais para a oferta de capacitação, visando a formação de recursos humanos qualificados para o AT[2].

Essa lacuna é expressa na fala:

"É algo que tem que ser discutido mais." (Margarida)

f) Violência

A violência foi relatada no discurso de um entrevistado e está expresso no discurso:

"Eu diria que a maior dificuldade que tenho é com a violência de alguns casos. É extremamente difícil suportar a violência e contorná-la. Não digo apenas de violência física, mas de violência subjetiva também. Quando entramos em uma casa onde há situações muito rígidas e colocam as pessoas em lugares muito concretos. Acabamos sendo depositários de uma angústia ininteligível em um primeiro momento. Para mim a dificuldade está aí, em não ficar com essa angustia para mim. (Lírio)

A fala de Lírio reflete nossa crença de que é imprescindível uma formação voltada à área de saúde e específica ao acompanhamento terapêutico para que o ator desta atividade saiba construir um relacionamento terapêutico eficiente, que saiba lidar com as mais diferentes situações e saiba explorar todos os ricos campos abertos durante os encontros. Concordamos com as autoras Pitiá e Furegato[20] que em seu artigo afirmam:

> No âmbito dessa formação específica (a função de acompanhantes terapêuticos), os profissionais das diversas categorias devem ser levados a refletirem e agirem, na prática, em consonância com os princípios transformadores da forma clássica dos atendimentos psiquiátricos. Além disso, as diversas abordagens teóricas que procuram dar conta das análises dos atendimentos devem considerar os vários campos de ação terapêutica, seja o biopsíquico, o político, o social e o cultural do portador de transtorno mental em acompanhamento.

7.2.3 Terceira Questão Norteadora

A análise da terceira questão norteadora: *Como é para você ser AT?* permitiu a construção de 1 grande categoria: Ser Acompanhante Terapêutico, com 3

subcategorias: Promoção da saúde; Acompanhante e acompanhado e Satisfação. O quadro a seguir exemplifica como esta análise foi feita (Quadro 6).

Conteúdo dos Discursos	Unidades de Registro	Inferência	Categoria	Subcategoria
"Acho que é o método mais eficaz para pessoas que tem sofrimento psíquico grave e que precisam circular no mundo, que precisam de ajuda. Então pra mim, foi muito bom, até hoje eu coloco para as minhas alunas que é uma forma excelente de você atingir os objetivos terapêuticos." (Rosa)	Método mais eficaz para pessoas que tem sofrimento psíquico grave e que precisam circular no mundo. Forma excelente de você atingir os objetivos terapêuticos	Trata-se de um método eficaz para pessoas com sofrimento psíquico e uma excelente forma de atingir os objetivos terapêuticos	Ser Acompanhante Terapêutico	Promoção da Saúde

Quadro 6 - Exemplificação da análise da terceira questão norteadora. Guarulhos, 2012.

7.2.3.1 Ser Acompanhante Terapêutico

a) Promoção da saúde

Os próprios resultados obtidos através do acompanhamento mostram a eficiência do trabalho de AT como contribuição positiva de uma modalidade de assistência não tradicional em psiquiatria. Os resultados práticos mostram sua influência positiva, principalmente quando desenvolvido com paciente em sofrimento psíquico com perdas, que incluem: a sua exclusão da sociedade; a sua referência de vida; o convívio com a família e a sua cidadania[13].

O sentimento do at com relação aos resultados dos encontros é expresso nas falas:

"Pra mim é algo que vai ao encontro do que eu sou, eu acredito que é trabalhar com a saúde mental, promovendo a saúde das pessoas, promovendo a cidadania, resgatando aquilo que a pessoa tem de potencialidade e que ficou ali, de algum jeito reprimido pela dificuldade seja da psicose, seja da deficiência que a pessoa tem, seja com alguma questão da idade e aí vem algumas deficiências por

conta do idoso, seja em qualquer situação que se necessite do AT. Pra mim, trabalhar com o AT é trabalhar com o resgate do saudável das pessoas. É eu poder soprar a brasa do que a pessoa tem de mais potencial para ela continuar fazendo o projeto de vida dela." (Margarida)

"Acho que é o método mais eficaz para pessoas que têm sofrimento psíquico grave e que precisam circular no mundo, que precisam de ajuda. Então pra mim, foi muito bom, até hoje eu coloco para as minhas alunas que é uma forma excelente de você atingir os objetivos terapêuticos." (Rosa)

b) Acompanhante e acompanhado

Os acompanhantes terapêuticos ocupam um lugar de igualdade na relação com o acompanhado, não parecendo um jogo de forças no qual um, busca dominar ou resistir ao outro[18].

Essa estreita relação é relatada nos discursos:

"É trabalhar com os projetos personalizados de vida daqueles que eu acompanho, que vai ser construído a partir da minha relação com ele, ele vai me dizendo e eu vou ser um facilitador de um projeto de vida que é dele." (Margarida)

"Algumas das situações que vivi nos acompanhamentos, realmente foram divisores de águas no modo com qual eu enxergo o mundo e a vida." (Lírio)

"O AT hoje é a minha principal ferramenta de trabalho. O crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal é diário e isso me movimenta, afinal somos um projeto permanente e inacabado." (Dália)

"Para mim, ser at é um trabalho muito importante e prazeroso, gosto de estar em diferentes settings, diferentes lugares com o paciente, ir até o paciente que tem dificuldades, de compartilhar e fazer com que o paciente sinta-se inserido novamente na sua família, na sociedade e aonde ele quiser estar."(Begônia)

c) Satisfação

A satisfação em atuar como at é expressa em todos os discursos dos entrevistados e está presente em falas como:

"Me sinto muito gratificada com o trabalho que eu possa ser útil para essa pessoa." (Margarida)

"*Ser at para mim é uma realização imensa, realmente me sinto indo na contracorrente do adoecimento pós-moderno." (Lírio)*

"É muito gratificante, que me deu muita base para a escuta clínica do consultório, que me deu muita base de estar nesta instituição que estou hoje. Eu entrei por conta deste trabalho. É um sentimento de, uma clínica que me deixou mais livre sabe e me fez ficar muito em contato com o horror com o que os caras vivem e isso faz uma transformação subjetiva imensa, no que eu sou, não só como profissional, no que eu sou como pessoa, o jeito que eu amo, que eu trabalho, o vejo que eu vejo o mundo, tudo isso mudou." (Açucena)

Os encontros surpreendem o at de maneira positiva, considerados por eles como uma experiência gratificante. A surpresa que gratifica é o lugar em que o paciente o coloca, como por exemplo, saindo do lugar de resistência para o lugar de confiança[18]

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acompanhamento Terapêutico tem se mostrado, mesmo que timidamente, um recurso extremamente eficaz, rápido e de ganhos importantes para a qualidade de vida do paciente em sofrimento psíquico. A atividade altera beneficamente não só a rotina do paciente, mas inclui todos que o cercam, desde familiares, vizinhos, equipe de saúde e o público em geral. Ao resgatar a autonomia do indivíduo, faz com que ele não necessite de acompanhamento constante dos cuidadores/familiares, evitando desgastes e reações de repreensão quanto ao seu comportamento inadequado.

É fato relatar que o acompanhante terapêutico, mais do que ninguém, acredita no poder desta prática e este acreditar faz com que sigam com a atividade, enfrentando os preconceitos da família, da sociedade e até mesmo da própria equipe de saúde.

A indefinição e a falta de formalização do AT dificultam a divulgação e o exercício deste trabalho tão rico, que se restringe, ainda, a pequenos públicos que ou têm a sorte de ter contato através de redes de estágio de cursos de formação de acompanhantes terapêuticos, ou possuem recursos financeiros para custeá-los em particular, uma vez que a atividade não está presente em planos de saúde ou de forma gratuita e regulamentada nos serviços de rede pública.

Meu intuito com esse estudo, além de descobrir o perfil e os sentimentos dos praticantes do AT, era o de, como consequência, divulgar esta modalidade de tratamento para os demais profissionais de saúde, uma vez que até mesmo alguns profissionais da área desconheciam tal prática. Quando digo profissionais de saúde, refiro-me aos mais diferentes profissionais que trabalham com pessoas em sofrimento psíquico, além da Enfermagem.

Como ponto positivo deste estudo, ressalto que, apesar do número reduzido da população contatada, ela foi unânime ao ressaltar a importância do AT para a clientela. Sua crença nos resultados benéficos da atividade ficou muito potente em seus discursos.

O ponto negativo foi o de não conseguir a colaboração dos praticantes para responderem nossos instrumentos não obstante a anuência inicial.

O relato de alguns entrevistados acerca de grupos de profissionais que acreditam que a atividade de at deva ser exclusiva a uma determinada profissão nos fez refletir sobre o assunto.

Compreendo e concordo que não são todos os profissionais de saúde que têm uma base para buscar, posteriormente, a formação de at, mas afirmo que o AT não deve ser atrelado a apenas um tipo de graduação.

Profissões com a de Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina e Assistência Social possuem características e formação voltadas ao relacionamento interpessoal e ao cuidado, podendo então, servirem de base para um aprimoramento específico de acompanhante terapêutico.

Hoje os cursos de acompanhante terapêutico não se restringem ao grau de instrução, técnico ou graduado do candidato. São voltados àqueles que sentem empatia ao trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico e buscam uma capacitação mais eficiente para seu desempenho.

Ser at é mais do que servir de modelo para o paciente ou lhe “ensinar” comportamentos socialmente adequados. Ser at envolve não só a criação de uma relação terapêutica com início, meio e fim, mas também controle de crise.

Trata-se de uma atividade que, se bem desenvolvida, poderá se tornar uma das ferramentas mais importantes da reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1 Yaegashi MS, Paiva SMA, Silveira CA. Acompanhante terapêutico: um relato de experiência. Rev Port de Enf de Saúde Mental. 2009 dez; 2:18-21.

2 Azevedo T, Dimenstein M. O acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental. Estud pesqui psicol [online]. 2008. 8(3) [acesso em 21 nov. 2011]; Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

4 Kirschbaum DIR, Rosa TM. Os trabalhadores de enfermagem como acompanhantes terapêuticos de um centro de atenção psicossocial. Rev Esc Enferm USP [online]. 2003. 37(1) [acesso em 21 nov. 2011]; 97-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

5 Furegato ARF. Resenha: Acompanhamento terapêutico, a construção de uma estratégia clínica. Psyche [online]. 2006. 10(18). [acesso em 21 nov. 2011]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.

6 Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-am Enfermagem 2005 set-out; 13(5):737-742.

7 Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

8 Amarante P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

9 Farinha MG. Acompanhamento terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade: estudo em um programa de saúde da família [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2006.

10 Simões CHD. A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. 2005. 183 f. [dissertação de mestrado] Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

11 Rotelli F. et al. Desinstitucionalização uma outra via – A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (org). Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-49.

12 Basaglia FA. Instituição Negada. Rio de Janeiro: Grall, 1985.

13 Carniel AD, Pedrão LJ. A prática de acompanhante terapêutico com o portador de transtorno mental. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2005 [acesso em 16 mai. 2012]; 1(2): Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.

14 Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente. Rev Latino-Am Enf. 2001; 9(2):48-55.

15 Souza E. Reforma psiquiátrica: um grande desafio. Psicol Estud. 2000; 5(1):45-63.

16 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

17 Carniel, ACD. O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2008.

18 Chauí-Berlinck L, Andarilhos do bem: os caminhos do acompanhamento terapêutico [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

19 Pitiá ACA. Acompanhamento Terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construção [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002.

20 Pitiá ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. Interface [online] 2009. 13(30) [acesso em 21 nov. 2011]; 67-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

21 Benevides LG. A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica. O contexto, o texto e o fora-texto do AT [dissertação de mestrado] Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2007.

22 Hermann MC. Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário [tese de doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2008.

23 Marinho DM. Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

24 Piccinini WJ. História da Psiquiatria: o acompanhante terapêutico. Psychiatry on line Brasil, 1 (11), jan. 2006.

25 Neto ROR. Acompanhamento Terapêutico: Emergência e Trajetória Histórica de uma prática em Saúde Metal no RJ [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1995.

26 Metzger C. Um olhar sobre a transferência do Acompanhamento Terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do hospital Dia A Casa (Org.). Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico. São Paulo, Hucitec, 2006. p.173-187.

27 Sereno D. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos : uma clínica na cidade [dissertação de mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

28 Bazhuni NFN. Acompanhante terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2010.

29 Fujihira CY. Acompanhando a inclusão: um percurso ético. Psyche [on line]. 2006. 10(18): 101-108. [acesso em 21 nov. 2011]; Disponível em http://www.scielo.br/scielo.

30 Barreto KD. Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa, organizadores. Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC; 1997. p. 241-268.

31 Carvalho SS. Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa? São Paulo: Annablume; 2004.

32 Yagiu H. Considerações sobre a formação no acompanhamento terapêutico [on line]. São Paulo: Psicologoa.com.pt. [acesso em 10 mai. 2011]. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0525.pdf.

33 Minayo MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

34 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

35 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.

36 Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. Sociol Methods Res. 1981;10(2):141-163.

37 Fiorati RC, Saeki T. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade [online]. 2008 [acesso em 09 abr. 2012]; 12(27). Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.

38 Pitiá ACA. Acompanhamento terapêutico e psicoterapia corporal: o olhar sobre o corpo de quem sofre. In: Convenção Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. Anais... Centro Reichiano, 2004. CD-ROM [ISBN – 85-87691-12-0].

39 Sarbia SB, Lindel NB. Diversidades en la Práctica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva; 2010.

40 Moura, CP. Algumas considerações sobre o acompanhante terapêutico. In: A rede – clínica ampliada em saúde mental. Belo Horizonte: 1(1) 202. p.55-57.

41 Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

42 Mauer SK, Resnizky S. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. Campinas: Papirus; 1987.

43 Teixeira AP, Dename D, Balduino RC. O Acompanhamento Terapêutico e um enfoque humanista das relações familiares. In: EQUIPE de acompanhantes terapêuticos do hospital dia “A Casa”. A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta, 1991.

44 Jerusalinsky J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. Pulsional Rev Psicanálise. São Paulo: Escuta. 2002; (162): 32-41.

45 Nogueira AAB. O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. Psicol Rev. 2009;15(2):204-222.

46 Londero I, Pacheco J. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. Psicol. em Estudo [online] 2006 [acesso em 16 mai. 2012]; 11(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnG
CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Percepções e Sentimentos do Acompanhante Terapêutico de Pessoas em Sofrimento Psíquico"

Pesquisadora: Márcia Shiguemi Yaegashi
Orientadora: Profa. Dra. Marina Borges Teixeira

Meu nome é Márcia Shiguemi Yaegashi, sou aluna do curso de pós-graduação, Mestrado em Enfermagem, na Universidade Guarulhos. Estou solicitando sua participação voluntária no estudo que tem como objetivos: caracterizar o Acompanhante Terapêutico em relação às condições bio-sócio-profissional; identificar as facilidades e dificuldades do Acompanhante Terapêutico no seu dia a dia de trabalho e descrever seus sentimentos em relação a sua atividade. Para isso serão coletados dados através de um formulário ou questionário. Sua participação não lhe trará qualquer prejuízo ou desconforto, assim como não interferirá na sua atividade profissional.

O(A) Sr(a) terá liberdade de solicitar qualquer esclarecimento quantas vezes se fizerem necessário e está garantida a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes dessa pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes em nenhum momento. Informo ainda, que independente da forma como os dados forem coletados: resposta escrita, face a face (utilizando gravador de voz digital); telefone, "Skype" ou "Messenger" (utilizando recursos de gravação dos programas) os mesmos serão gravados e seu conteúdo armazenado em forma de arquivo digital no computador.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, pois quando a entrevista ocorrer via "Messenger", "Skype" ou telefone a pesquisadora enviará o TCLE por correio com um envelope selado para sua

devolução. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. A qualquer momento o(a) Sr(a) poderá solicitar informações sobre a pesquisa e seu andamento.

Espera-se que os resultados desta pesquisa tragam benefícios, esclarecendo sobre as atividades desenvolvidas pelos Acompanhantes Terapêuticos, bem como as dificuldades enfrentadas e fortalecendo através da divulgação dos resultados, a busca pela formalidade da atividade.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os responsáveis por esta pesquisa são: Prof.ª Dra. Marina Borges Teixeira (orientadora), que pode ser encontrada na Universidade Guarulhos, pelo telefone: (11) 2441-4131 e Enfermeira Márcia Shiguemi Yaegashi pelo celular (11) 5453-4447.

Declaro que fui suficientemente esclarecido(a) a respeito do estudo: “Percepções e Sentimentos do Acompanhante Terapêutico de Pessoas em Sofrimento Psíquico”. Ficaram claros para mim quais os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou clara também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter nesta Instituição. Autorizo a publicação dos dados que forem coletados em revistas científicas, cursos ou congressos.

Guarulhos, _____de _____2012.

_____

Nome legível do participante

Assinatura: _____ RG:_____

_____

Pesquisadora: Márcia Shiguemi Yaegashi - RG: SP 25.554.912-X - Telefone: (11) 5453-4447.

APÊNDICE B – Formulário/ Questionário

FORMULÁRIO / QUESTIONÁRIO Nº _____

I. Caracterização:

1. Iniciais: _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: ☐ F ☐ M
4. Profissão: _____

5. Formação Escolar:

☐ 2º grau completo ☐ superior incompleto ☐ superior completo

Bacharel em: _____

6. Possui pós-graduação: ☐ Sim ☐ Não

Categoria: ☐ *Stricto Sensu* ☐ *Latu Sensu*

Qual (is): _____

Instituição: _____

7. Formação quanto ao Acompanhante Terapêutico?

☐ Não ☐ Sim Instituição: _____

II. Práticas do Acompanhante Terapêutico:

8. Tempo de atuação: _____

9. Atualmente exerce a atividade de AT? ☐ Não ☐ Sim

10. Atua em outra atividade paralelamente ao AT? ☐ Não ☐ Sim

Qual(is)_____

11. Atualmente atua em outra atividade ligada a área de saúde? ☐ Não ☐ Sim

Qual(is): _____

12. Descreva quais foram as suas facilidades com a atividade de AT.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

13. Descreva quais foram as suas dificuldades com a atividade de AT.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

14. Como é para você ser AT?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Guarulhos

UnG
CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa

Guarulhos, 21 de outubro de 2011.

Exmo(a). Sr(a).
Márcia Shiguemi Yaegashi

Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/702 - "Percepções e sentimentos do acompanhante terapêutico de doentes mentais"

PARECER Nº 146/11

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria - "Percepções e sentimentos do acompanhante terapêutico de doentes mentais" - SISNEP/702, na reunião de 18.10.2011, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o projeto acima **aprovado.**

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **30.09.12.**

Jumara Silvia Van De Velde
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

CEP – UnG: Praça Tereza Cristina, 229 – Centro – Guarulhos – 07023-070 e-mail: comite.etica@ung.br – tel: 2464-1779 fax: 2087-3948
CONEP/CNS/MS: - Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Ed. Anexo, Ala "B" - 1° andar - Sala 145 - CEP: 70058-900 – Brasília/DF
tel: (61)3315-1951 – fax: (61)3226-6453 – e-mail: conep@saude.gov.br