



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
CAROLINA DRUMOND DE FIGUEREDO

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS E A
PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA PESSOA ACOMPANHADA**

Palhoça
2009

CAROLINA DRUMOND DE FIGUEREDO

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS E A
PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA PESSOA ACOMPANHADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Orientador: Prof.^a Nádia Kienen, Dr.

Palhoça

2009

CAROLINA DRUMOND DE FIGUEREDO

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS E A
PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA PESSOA ACOMPANHADA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 19 de novembro de 2009.

Professor e orientador Nádía Kienen, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Jacqueline Virmond Vieira, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Leandro Castro Oltramari, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Aos que me acompanharam nesta trajetória e tornaram possível a realização deste sonho.

RESUMO

O presente trabalho refere-se a um estudo sobre o acompanhamento terapêutico e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Deste modo, o objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção dos acompanhantes terapêuticos acerca da relação entre as intervenções realizadas por eles durante o acompanhamento terapêutico e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Para que este objetivo fosse alcançado foram realizadas cinco entrevistas com profissionais e estudantes que atuam ou já atuaram como acompanhantes terapêuticos. Este trabalho é classificado como uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo com delineamento *ex-post facto*. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Os aspectos constituintes do roteiro de entrevistas se referem a: caracterização do processo de acompanhamento terapêutico, tipos de intervenções realizadas pelos acompanhantes e a relação que estes acompanhantes estabelecem entre as intervenções que realizam e a promoção de autonomia na pessoa acompanhada. Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram categorizados e analisados a partir do referencial teórico utilizado neste trabalho. As categorias foram estabelecidas a partir da análise de conteúdo que visa extrair o significado do conteúdo apresentado pelo entrevistado. Como resultados principais constatou-se que para os acompanhantes entrevistados, autonomia significa ampliar as redes sociais e o poder de contratualidade do acompanhado. Além disso, os objetivos norteadores do trabalho dos acompanhantes terapêuticos, segundo eles, estão, em sua maioria, diretamente relacionados à promoção de autonomia e as intervenções que os mesmos afirmam realizar são coerentes com o conceito de autonomia por eles apresentado. Por fim, os mesmos consideram desenvolver e/ou ampliar a autonomia das pessoas que acompanham e ainda, que esta *clínica da cidade*, como é denominado o acompanhamento terapêutico, se caracteriza como uma estratégia de intervenção clínica que atua na perspectiva da reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Reabilitação Psicossocial. Acompanhamento Terapêutico. Autonomia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados de identificação dos acompanhantes terapêuticos entrevistados.....	41
Tabela 2 - Conceito de autonomia na concepção dos acompanhantes terapêuticos.....	47
Tabela 3 - Intervenções promotoras de autonomia.....	50
Tabela 4 - Critérios para avaliar autonomia.	53
Tabela 5 - Acompanhamento Terapêutico e Reabilitação Psicossocial.	55
Tabela 6 - Características para atuar como acompanhante.....	58
Tabela 7 - Objetivos do acompanhamento terapêutico.	63
Tabela 8 - Função do acompanhante.	66
Tabela 9 - Referencial teórico utilizado.	68
Tabela 10 - Procedimentos iniciais realizados pelos acompanhantes terapêuticos.....	70
Tabela 11 - Estabelecimento do contrato terapêutico.....	73
Tabela 12 - Elaboração da proposta de intervenção.....	74
Tabela 13 - Estratégias de intervenção utilizadas.....	76
Tabela 14 - Tipos de limites estabelecidos.....	78
Tabela 15 - Saídas com o acompanhado.	80
Tabela 16 - Frequência em que é realizado o acompanhamento terapêutico.....	81
Tabela 17 - Duração aproximada de cada encontro.	81
Tabela 18 - Vantagens do acompanhamento terapêutico.....	83
Tabela 19 - Desvantagens do acompanhamento terapêutico.....	86
Tabela 20 - Queixas apresentadas por que requisita o acompanhamento terapêutico.....	90
Tabela 21 - Diagnóstico dos sujeitos acompanhados.....	92
Tabela 22 - Limitações apresentadas pelos acompanhados na concepção dos entrevistados. .	94
Tabela 23 - Mudanças no comportamento do acompanhado na percepção dos entrevistados.	96
Tabela 24 - Equipe que atende o sujeito acompanhado.....	97

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 TEMA.....	9
1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	9
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo geral.....	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
2 MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	19
2.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, AUTONOMIA E SAÚDE MENTAL.....	24
2.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	28
2.4 FUNÇÕES E CARACTERÍSTICAS DOS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS.....	32
3 MÉTODO.....	39
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	39
3.2 PARTICIPANTES	39
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.....	42
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	42
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
3.6 PROCEDIMENTO.....	43
3.6.1 De seleção dos participantes	43
3.6.2 De contato com os participantes.....	43
3.6.3 De coleta e registro dos dados.....	44
3.6.4 De organização, tratamento e análise dos dados	45
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	46
4.1 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTONOMIA.....	46
4.2 PRÉ-REQUISITOS PARA ATUAR COMO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO.....	57
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	62
4.4 PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS.....	69
4.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO... 82	82

4.6	CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO ACOMPANHADO.....	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICE	107
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA	108

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa apresenta-se como Trabalho de Conclusão de Curso e está diretamente vinculada ao Estágio Específico em psicologia do Núcleo Orientado: Psicologia e Saúde. Tal estágio está sendo realizado no Projeto TIME da MENTE, cujo foco de intervenção engloba assuntos relacionados à Saúde Mental. Além disso, o Projeto TIME da MENTE se caracteriza por ser um projeto de extensão da Universidade do Sul de Santa Catarina que desenvolve atividades de intervenção em Psicologia a pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Tais atividades são realizadas no Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça – CAPS/Palhoça e no Programa de Saúde Mental (PSM) do município de São José.

Após o movimento da Reforma Psiquiátrica surgiram serviços substitutivos, cujo modelo de assistência em saúde se caracteriza por ser um modelo que visa o bem-estar biopsicossocial do indivíduo atendido. Além disso, esses serviços possuem como diretriz a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade e não o seu isolamento, como ocorria antes da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, tais serviços foram intitulados de reabilitadores psicossociais e um de seus objetivos é a promoção de autonomia da pessoa com sofrimento psíquico.

Assim sendo, com base nas diretrizes dos serviços que atuam em reabilitação psicossocial, esta pesquisa objetiva caracterizar como o acompanhamento terapêutico, através de seus representantes: os acompanhantes terapêuticos, desenvolve intervenções que proporcionam a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Cabe salientar que o acompanhamento terapêutico possui como finalidade a inclusão, integração e a reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico decorrente de dificuldades no âmbito social.

Desta maneira, será apresentada uma problematização acerca do tema, acompanhamento terapêutico. Em seguida, a explanação da relevância desta pesquisa e a apresentação dos objetivos deste estudo. Posteriormente será feita a exposição das teorias utilizadas para realização deste estudo e a descrição de como será realizada esta pesquisa. Em seguida será apresentado os dados coletados nesta pesquisa e a análise dos mesmos e por último, as considerações finais desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA

Intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos e a promoção de autonomia.

1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

O acompanhamento terapêutico é um trabalho que surgiu de uma “necessidade clínica para pacientes cujas terapêuticas clássicas fracassavam” (LONDERO; PACHECO, 2006, p.260). Com relação ao local de surgimento do acompanhamento terapêutico, há uma contradição entre os autores sobre a origem desta prática. Isto porque Londero e Pacheco (2006) afirmam que esta prática teve sua origem na Argentina em 1960 e Simões e Kirschbaum (2005) relatam que a origem do acompanhamento se deu nos Estados Unidos e Europa Ocidental. O acompanhante terapêutico então era chamado auxiliar psiquiátrico e atuava dentro da instituição sob orientação médica. Em geral, esta função era exercida por auxiliares de enfermagem que participavam do cotidiano hospitalar da pessoa internada (LONDERO; PACHECO, 2006). De acordo com Guerra e Milagres (2005), este trabalho era executado sem a referência de um saber científico ou teórico. Quando saiu do espaço institucional, o “auxiliar psiquiátrico” recebeu o nome de “amigo qualificado”, passando a acompanhar a pessoa com sofrimento psíquico na rua, ou seja, no seu meio social, sua comunidade, local em que estivesse inserida a dificuldade do acompanhado. No entanto, como o termo “amigo qualificado” enfatizava o aspecto amistoso do vínculo e pelo fato do profissional possuir uma intervenção terapêutica, essa intervenção passou a receber o nome de acompanhante terapêutico (PITIÁ; SANTOS, 2005c; CARVALHO, 2004a).

O acompanhamento terapêutico, também denominado *clínica da cidade*, possui como finalidade a superação das dificuldades da pessoa acompanhada no que se refere ao ambiente social. Ou seja, o acompanhamento terapêutico é um dispositivo clínico cujo objetivo é auxiliar a pessoa acompanhada a superar os obstáculos que impedem ou dificultam o estabelecimento de laços sociais, possibilitando que o acompanhado consiga desenvolver

suas atividades cotidianas (PITIÁ; SANTOS, 2005a). As pessoas acompanhadas por esta clínica geralmente possuem transtornos mentais, deficiências mentais ou estão vivenciando alguma crise que atrapalhe o desenvolvimento de sua rotina (PITIÁ; SANTOS, 2005a). Deste modo, pode-se afirmar que o acompanhamento terapêutico dá lugar ao que a sociedade segregou em diferentes épocas: a loucura e qualquer debilidade enfrentada no dia-dia, conforme cita Santos (2006). Sendo assim, o acompanhamento terapêutico tem como objetivo romper o isolamento e a exclusão do convívio social e, por isto, o profissional desta clínica atua no espaço extramuros, em locais comunitários, para possibilitar a ressocialização da pessoa acompanhada (PITIÁ; SANTOS, 2005a). Cabe salientar, contudo, que o acompanhamento terapêutico não acontece necessariamente na rua. Por exemplo, se o acompanhado não conseguir sair de casa o acompanhamento pode ocorrer na casa do acompanhado, ou seja, o acompanhamento se dá no local em que está inserida a dificuldade da pessoa acompanhada. Mas de que forma este rompimento do isolamento social, através de uma intervenção que acontece “na rua”, pode contribuir para a promoção de autonomia do acompanhado?

Para alcançar o objetivo de romper o isolamento e exclusão de seu acompanhado, o acompanhante terapêutico possui funções e habilidades a serem exercidas ao longo do acompanhamento. Pitiá e Santos (2005b) destacam as diretrizes do acompanhamento terapêutico. São elas:

(...) prevenir a cronificação e institucionalização, ao buscar o resgate da cidadania e a não-alienação social; permitir a inserção do sujeito na coletividade, preservando suas diferenças individuais e potencialidades; propiciar momentos e espaços nos quais a pessoa possa realizar-se como sujeito ativo em seu meio social (p.60).

De acordo com Londero e Pacheco (2006), as funções e habilidades acima descritas são necessárias para que o acompanhante terapêutico consiga promover a autonomia da pessoa acompanhada e para que consiga possibilitar que o acompanhado desenvolva meios de se autogerenciar, opinar sobre sua própria vida.

O acompanhante terapêutico, geralmente, faz parte de uma equipe multidisciplinar. A inserção nesta equipe e o diálogo com os demais profissionais que também atendem a pessoa acompanhada proporcionam, segundo Varella et al. (2006), uma atuação mais ampla. Isto porque ao trabalhar em equipe há uma maior possibilidade de abordar as demandas do acompanhado oriundas dos atendimentos com psiquiatras, psicoterapeutas, fisioterapeutas, etc. Assim, Varella et al. (2006) afirma ainda que é a partir dessas demandas

que vai se construindo gradualmente o papel do acompanhante terapêutico. Carvalho (2004a, p. 25), sobre o trabalho do acompanhante terapêutico dentro de uma equipe multidisciplinar, alega: “tais equipes funcionam como verdadeiros times no estilo ‘um por todos, todos por um’, sendo fundamentais para o ofício de acompanhar”. Com base nestas afirmações, pode-se pensar que o trabalho do acompanhante terapêutico juntamente com uma equipe multidisciplinar é uma maneira de tentar promover o bem estar biopsicossocial do acompanhado e, como conseqüência, a autonomia deste. Ou seja, o trabalho com a equipe multidisciplinar irá possibilitar que o acompanhado seja contemplado em suas principais necessidades, sejam elas: sociais, psíquicas ou físicas. Deste modo, o acompanhante terapêutico pode elaborar sua proposta de intervenção baseada não só em seu entendimento e percepção acerca das necessidades do acompanhado, como também em sugestões, possibilidades e necessidades apontadas por outros profissionais que também atendam a pessoa acompanhada. Isto pode proporcionar uma intervenção mais efetiva, consistente e com resultados mais eficazes no processo de acompanhamento, promovendo assim, o desenvolvimento da autonomia do acompanhado.

É importante destacar ainda que o acompanhamento terapêutico surgiu juntamente com os movimentos de reforma psiquiátrica. Estes movimentos contestavam o modelo hospitalocêntrico em uma tentativa de suprimir os manicômios (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005). Um destes movimentos que protestavam contra o modelo hospitalocêntrico é o Movimento da Luta Antimanicomial composto por trabalhadores, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. As pessoas que faziam parte deste movimento lutavam pela desinstitucionalização dos sujeitos com sofrimento psíquico e pela criação de serviços que possibilitassem a construção de uma nova maneira da sociedade se relacionar com a “loucura” (AMARANTE, 1995; AMARANTE; 2003; TENÓRIO, 2002). Deste modo, o acompanhamento terapêutico é, de acordo com Palombini (2006), uma estratégia clínico-política de desinstitucionalização da loucura. Simões e Kirschbaum (2005) afirmam ainda que estes movimentos da reforma psiquiátrica também lutavam para que os doentes mentais fossem vistos como pessoas capazes de tomar decisões sobre seu tratamento, pois dispunham de recursos sadios para tais decisões. Ou seja, desde o movimento da reforma psiquiátrica e início da prática do acompanhamento terapêutico, já havia a preocupação em intervir de modo a promover a autonomia da pessoa com sofrimento psíquico grave. A promoção desta autonomia da pessoa com sofrimento psíquico é uma diretriz da III Conferência Nacional de Saúde Mental que diz:

Garantir que o processo de reabilitação psicossocial contemple ações destinadas à clientela com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos. Os dispositivos de saúde devem realizar a intermediação desta clientela com o social e devem primar pela diversidade de atores, inscrevendo-se no âmbito da cidade. As atividades realizadas por estes dispositivos devem ser estruturadas e desenvolvidas na dimensão do cotidiano pessoal e social (SUS et al., 2002, p.37).

Deste modo, este trabalho busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: **qual a percepção que o acompanhante terapêutico possui acerca da relação entre as intervenções realizadas durante o acompanhamento e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada?**

O estabelecimento da relação entre as intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos e a promoção de autonomia do acompanhado irá contribuir para o maior conhecimento acerca do acompanhamento terapêutico (seus objetivos, funções e possibilidades de atuação). Além disso, permitirá observar de que forma os acompanhantes terapêuticos estão contribuindo para a reabilitação psicossocial de seus acompanhados, através das intervenções que realizam com os mesmos. Vale destacar ainda que a caracterização das ações realizadas por acompanhantes, consideradas por estes como promotoras de autonomia, poderá embasar futuras intervenções em saúde mental ou com pessoas em dificuldades de estabelecer contato com o social. Isto porque a maior compreensão acerca desta *clínica da cidade*, principalmente, no que se refere à questão da autonomia, poderá servir para refletir se as ações em saúde mental estão realmente promovendo autonomia, como estão fazendo isto e quais conceitos e técnicas utilizam para basearem estas ações.

Sobre as ações que deveriam embasar o acompanhamento terapêutico Safra (2006) propõe o conceito de *placement*, utilizado por Winnicott como modelo para esta prática. Este conceito de *placement* possui como noção fundamental a idéia de que o ser humano precisa encontrar um lugar que tenha sido oferecido pelo outro para a constituição do *self*. De acordo com Safra (2006), este lugar é fornecido pelo acompanhante terapêutico durante o processo de acompanhamento, possibilitando assim que o acompanhado consiga se inserir na comunidade.

Ainda segundo Safra, o *placement* consiste em fornecer um lugar ético e constitutivo para o acompanhado e este seria também o objetivo do acompanhamento terapêutico. Ou seja, “no *placement* o que se busca é a possibilidade de o indivíduo ser colocado em uma situação que responda às suas necessidades para que possa ser acompanhado em seu tratamento” (SAFRA, 2006, p.16). Deste modo, é este lugar ético e

constitutivo que contempla as necessidades do acompanhado que irá lhe permitir encontrar novas formas de atuar no mundo. Safrá (2006) afirma também que o *placement* possibilita a contemplação da singularidade do acompanhado. O autor, entretanto, apesar de apontar e sugerir um modelo norteador das intervenções realizadas durante o acompanhamento terapêutico e destacar os possíveis ganhos com a adoção deste modelo de intervenção, não apresenta a visão dos próprios acompanhantes sobre sua prática e nem relaciona tal prática com a produção de autonomia do acompanhado. Mas não seria importante conhecer qual a percepção dos acompanhantes terapêuticos sobre sua própria prática? Será que havendo um estudo acerca das intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos e os resultados obtidos com tais intervenções, este estudo não possibilitaria uma reflexão acerca do que está sendo realizado nesta prática? A partir do estudo sobre a percepção dos acompanhantes terapêuticos acerca das intervenções e dos resultados obtidos com o acompanhamento terapêutico, seria possível avaliar se, do ponto de vista dos acompanhantes terapêuticos, os profissionais que realizam acompanhamento terapêutico tem fornecido, durante suas intervenções, um lugar ético e constitutivo para o sujeito. Além disso, seria possível avaliar ainda de que modo este “lugar” possibilita ou promove o desenvolvimento da autonomia da pessoa acompanhada.

Carvalho (2004a), em sua pesquisa sobre o que é acompanhamento terapêutico e sobre qual o perfil deste profissional, afirma que o acompanhante terapêutico deve buscar a qualidade de vida da pessoa acompanhada e destaca que esta prática é uma modalidade substitutiva ao modelo manicomial. Mas quais ações este profissional deve desenvolver para promover a qualidade de vida de seu acompanhado? Ele tem desenvolvido essas ações? E essas ações tem promovido a melhor qualidade de vida e a autonomia das pessoas acompanhadas?

Com relação à qualidade de vida, foi desenvolvida uma pesquisa cujo objetivo era verificar se o acompanhamento terapêutico proporciona uma melhor qualidade de vida em pacientes diagnosticados com esquizofrenia (SCHNEIDER, 2009). Para isso foi utilizada uma escala de avaliação da qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Esta avaliação foi realizada com a acompanhada em dois momentos; a primeira em agosto de 2008 e a segunda, sete meses depois. Com a aplicação dessa escala Schneider (2009) verificou mudanças na vida da acompanhada tais como: ampliação da rede social, maior iniciativa em realizar ações como pegar ônibus, pedir alguma informação, dentre outras. Ou seja, houve uma maior vinculação da acompanhada com o social após o trabalho do acompanhamento terapêutico. É importante salientar, no entanto, que a autora não realizou um estudo sobre

quais as intervenções que o acompanhante terapêutico realizou que proporcionam a melhor qualidade de vida da pessoa acompanhada.

Ainda sobre as intervenções realizadas durante o acompanhamento terapêutico, Carvalho (2004b) afirma que esta modalidade está a todo momento refazendo a trama da história de vida, desejo e projetos de vida da pessoa acompanhada. Seria esta uma maneira de possibilitar ao acompanhado novas formas de atuação na sociedade e como consequência, desenvolver sua autonomia?

Algumas intervenções, do acompanhante terapêutico, são apontadas como possibilidades de desenvolver a autonomia na pessoa acompanhada. São elas: permitir que a pessoa acompanhada reconstrua sua vida, e direcionar o acompanhamento terapêutico para o desenvolvimento da criatividade do acompanhado (FIORATI; SAEKI, 2006). Segundo Fiorati e Saeki (2006), é o fato de o acompanhado não conseguir se vincular com o mundo de modo criativo que provoca o isolamento deste ou sua submissão à realidade. O processo de se vincular ao mundo de forma criativa, conforme citam os autores, se refere ao fato do acompanhado encontrar novas maneiras e possibilidades de atuar no mundo, de recriar sua vida. Deste modo, os autores apontam que o acompanhante terapêutico deve intervir no sentido de possibilitar que a pessoa acompanhada consiga desenvolver novas formas de agir em sua comunidade e em sua cultura.

Além disto, Silva e Silva (2006) afirmam que o acompanhamento terapêutico está em constante criação e seus modos de intervenção são inusitados. Tal afirmação pode ter como base o preceito de que a própria doença de uma pessoa é uma forma de criação de uma nova norma (SOARES; CAMARGO JR., 2007). Sendo assim, a doença ou o processo de adoecimento seria um modo a partir do qual a pessoa busca dar sentido ao que está vivenciando (SOARES; CAMARGO JR., 2007). A partir disto, pode-se pensar que os profissionais que trabalham na perspectiva da reabilitação psicossocial deveriam procurar conhecer e entender o significado que o sofrimento psíquico possui na vida da pessoa atendida. De acordo com Guerra (2004), é importante que o profissional realize suas intervenções a partir das estratégias desenvolvidas pela própria pessoa em sofrimento psíquico. Ou seja, é importante que o profissional busque conhecer quais as estratégias adotadas pela pessoa acompanhada que permitem que ela amenize seu sofrimento e ainda, busque compreender o modo pelo qual o sujeito acompanhado desenvolveu esta estratégia e as crenças que envolvem tais estratégias para então planejar intervenções que possibilitem novas maneiras do acompanhado se relacionar, de atuar no mundo. Será que os acompanhantes terapêuticos estão baseando suas intervenções nos significados atribuídos pelo

sujeito ao seu sofrimento psíquico? E quais os resultados alcançados com as intervenções realizadas?

Guerra (2004) propõe ainda três modelos à reabilitação psicossocial. São eles: a psicoeducação, que é direcionada para família e para a comunidade, cujo objetivo é auxiliar a pessoa com sofrimento psíquico, sua família e comunidade a conhecer o que precisam acerca deste sofrimento, e assim encontrar novas maneiras de lidar com o sofrimento psíquico e com os problemas cotidianos decorrentes deste (GONÇALVES-PEREIRA, et al., 2006). Os modelos sociopolíticos ou críticos, segundo Guerra (2004), destacam que as intervenções devem ultrapassar o conhecimento transmitido pelos manuais de psiquiatria e se pautarem na realidade do indivíduo e na ampliação da capacidade de negociação destes; e por último; os modelos de orientação clínica, que de acordo com o autor, devem trabalhar com a singularidade de cada pessoa e com a responsabilização destes. Hirdes (2009) acrescenta que os reabilitadores psicossociais devem contemplar as complexidades das demandas e particularidades de cada pessoa atendida, além de desenvolver intervenções num processo constante de reconstrução e superação para produzir novas possibilidades de relação da pessoa atendida com o social. As intervenções dos acompanhantes terapêuticos estão baseadas nos três modelos de reabilitação psicossocial? Produzem novas possibilidades de relação do acompanhado com o social?

Há ainda outras pesquisas que apontam possibilidades de intervenção para o acompanhamento terapêutico, e até mesmo possíveis modelos para direcionar esta prática. Isto porque sugerem a criação de um ambiente de *holding* (MAIA, 2006; ESTELLITA-LINS et al., 2009; GUERRA; MILAGRES, 2005). Ou seja, um ambiente que seja favorável para a construção do estado de unidade de si-mesmo, isto é, que possibilite que as pessoas com sofrimento psíquico sintam-se integradas e, a partir disto, consigam desenvolver sua criatividade. Ademais, os autores destas pesquisas indicam um referencial teórico para auxiliar e direcionar a prática do acompanhamento terapêutico e ainda problematizam a questão da reabilitação psicossocial com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Além disso, Cannato (2006) desenvolveu uma pesquisa cujo objetivo era o de investigar os conceitos de *Holding*, *Manejo* e *Placement* como contribuições que fundamentam a prática do acompanhamento terapêutico em um caso de esquizofrenia. A pesquisa se refere a um estudo de caso em que a autora demonstra como os conceitos de Winnicott auxiliaram nas intervenções realizadas durante o processo de acompanhamento. Apesar de, segundo a autora, a demanda inicial para o acompanhamento estar voltada para uma ampliação da autonomia da pessoa acompanhada e ampliação de seus laços sociais, foi

identificado, durante o trabalho, que era necessário abordar com o acompanhado aspectos referentes à imagem corporal que o mesmo tinha de si. Vale salientar, entretanto, que apesar de ter alcançado resultados significativos em relação à ampliação de autonomia do acompanhado, o foco da pesquisa era o de investigar como os conceitos de Winnicott podem auxiliar ética e tecnicamente no processo de acompanhamento terapêutico. A partir dessa pesquisa, pode-se perceber mais uma vez a lacuna existente sobre como e quais intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos, na percepção destes, auxiliam na promoção de autonomia da pessoa acompanhada.

Em um estudo acerca dos serviços substitutivos (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) de Santa Catarina, cujo objetivo era o de investigar quais destes serviços utilizam o acompanhamento terapêutico como forma de intervenção clínica, foi verificado que há um desconhecimento dos mesmos acerca do que é o acompanhamento terapêutico (BORGES, 2007). Isto porque alguns serviços consideraram como acompanhamento terapêutico todas as intervenções realizadas nos CAPS. Além disso, segundo Borges (2007), 15,15% dos profissionais que responderam ao questionário afirmaram não conhecer o serviço de acompanhamento terapêutico. Tal fato denota a importância de uma maior produção, sistematização e divulgação de conhecimento acerca do que caracteriza o processo de acompanhamento terapêutico.

Verifica-se que estes trabalhos encontrados pontuam questões sobre a prática do acompanhamento terapêutico, a utilização desta prática em serviços substitutivos e alguns destes trabalhos, por vezes, citam que a finalidade desta prática é a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Vale destacar, no entanto, que as pesquisas que defendem que o objetivo do acompanhamento terapêutico é a promoção de autonomia da pessoa acompanhada não discutem quais as intervenções promovem esta autonomia e não definem, de modo explícito, o que consideram, ou que seria esta autonomia, demonstrando assim uma lacuna neste tema. Este trabalho objetiva então conhecer a própria percepção do acompanhante terapêutico acerca de sua prática durante o acompanhamento e no que os resultados desta prática se relacionam ou interferem na produção de autonomia da pessoa acompanhada. Sendo assim, este trabalho busca auxiliar na avaliação dos acompanhantes terapêuticos acerca de sua prática a fim de subsidiar futuras intervenções desta *clínica da cidade*, e caracterizar esta modalidade de intervenção no que se refere aos resultados relacionados com a promoção de autonomia do acompanhado.

Constata-se então que há algumas propostas para basear a intervenção no processo de acompanhamento terapêutico. São elas: a proposta de Safra (2006) em trabalhar o

acompanhamento terapêutico na perspectiva do *placement*, a importância destacada por Fiorati e Saeki (2006) de trabalhar no processo de acompanhamento terapêutico a partir do desenvolvimento da criatividade do acompanhado, para que assim ele consiga desenvolver sua autonomia. E, por último, a necessidade de conhecer o significado que o próprio acompanhado ou a pessoa em sofrimento psíquico atribuiu a seu sofrimento, sua doença para assim basear o trabalho de reabilitação psicossocial (SOARES & CAMARGO JR., 2007). Além destas propostas, há ainda os tipos de intervenções apresentadas por Guerra (2004) como reabilitadoras psicossociais. Sendo assim, este trabalho busca caracterizar o que, dentre estas intervenções sugeridas, está sendo realizado pelos acompanhantes terapêuticos e de que modo as intervenções realizadas estão influenciando no desenvolvimento da autonomia da pessoa acompanhada.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção do acompanhante terapêutico acerca da relação entre as intervenções realizadas por ele durante o acompanhamento e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o que o acompanhante terapêutico entende por autonomia;
- Caracterizar os instrumentos e técnicas utilizadas pelo acompanhante terapêutico durante o acompanhamento terapêutico;
- Verificar quais as intervenções realizadas durante o período de acompanhamento auxiliam na promoção de autonomia do acompanhado, na percepção do acompanhante terapêutico;

- Identificar os tipos de intervenções realizadas pelo acompanhante terapêutico que, em sua percepção, possuem relação direta com a promoção de autonomia do acompanhado;
- Caracterizar os critérios utilizados pelo acompanhante terapêutico para identificar a autonomia na pessoa acompanhada.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu como uma forma de protesto e uma tentativa de transformar o modelo hospitalocêntrico, a partir do qual os pacientes internados eram vistos como pessoas alienadas e desprovidas da razão. No modelo de assistência hospitalocêntrico, acreditava-se que as pessoas em sofrimento psíquico deveriam ser tratadas em locais afastados de seus familiares e sociedade. Neste modelo assistencial as pessoas com sofrimento psíquico não eram consideradas capazes de decidirem sobre seu tratamento. Além disso, os hospitais contavam não só com os sujeitos em sofrimento psíquico como também com mendigos e os considerados marginais. Deste modo, o internamento clássico, segundo Foucault (2000), permitiu que os sujeitos internados fossem vistos como estranhos ou animais. Sendo assim, a internação e o interesse em manter estes “estranhos e /ou animais” longe da sociedade promoviam condições de “maus-tratos, de violência, de violação dos direitos humanos” (CAMPOS et al., 2006, p. 620).

Com a designação de Philippe Pinel para coordenar as enfermarias de Bicetrê, casa de internação que abrigava os ditos “insensatos”, verifica-se a introdução da função médica nos hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 2000). Estes hospitais então com a função médica introduzida teriam a responsabilidade de cuidar dos ditos alienados até que estes estivessem curados (FOUCAULT, 2000). Pinel, ao assumir a coordenação de Bicetrê retira desta casa de internação todos aqueles que não eram considerados loucos e adota o tratamento moral como forma de curar a loucura (FOUCAULT, 2000). Deste modo, quando o sujeito com sofrimento psíquico, internado no hospital, não obedecia às regras impostas por Pinel, era castigado transformando assim o hospital em um “espaço judiciário” (FOUCAULT, 2000, p. 495). Neste “espaço judiciário”, segundo Foucault (2000), o sujeito é julgado e condenado quando não cumpre as regras e sua única forma de se libertar é através do arrependimento. Desta forma, as instituições psiquiátricas se transformaram em cárceres e o manicômio tornou-se o “maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTE, 1995, p. 491). Pode-se dizer então que os danos causados aos pacientes decorrentes da institucionalização e do tratamento recebido nestes locais (hospitais psiquiátricos) provocaram os movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Um dos movimentos a favor da Reforma Psiquiátrica ocorreu na Itália com a iniciativa de Franco Basaglia, que propunha o fechamento do Hospital Psiquiátrico e a criação de serviços territoriais (serviços substitutivos). Basaglia propunha ainda que a doença do sujeito fosse colocada entre parênteses, ou seja, que o foco do tratamento deveria ser o sujeito e sua subjetividade e não “sua doença” (AMARANTE, 2003). O sucessor de Basaglia, Franco Rotelli, criou diversas estratégias de desinstitucionalização, como a criação de residências para ex-internos, projetos culturais, associações de usuários e familiares (CAMPOS et al., 2006). Verifica-se então que a reforma psiquiátrica tinha como objetivo a ruptura do paradigma psiquiátrico, ou seja, a ruptura com o modelo hospitalocêntrico e tinha também a finalidade de reconstruir “novos saberes e práticas, de estabelecer novas relações” com a loucura (AMARANTE, 2003, p.50).

Já no Brasil a discussão acerca da necessidade de transformação no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico se iniciou na década de 1970 (MAIA; FERNANDES, 2002). A mobilização para transformar a forma como eram tratadas as pessoas com sofrimento psíquico estava direcionada para a humanização dos serviços prestados aos sujeitos que possuíam transtorno mental (MAIA; FERNANDES, 2002).

Cabe salientar que até 1970 a atenção em saúde mental no Brasil seguiu o modelo asilar (VECCHIA; MARTINS, 2009). Este modelo de assistência em saúde mental era “segregador e dissocializante” (SADIGURSKY; TAVARES, 1998, p. 23). Isto porque a pessoa com sofrimento psíquico era vista como alienada, alguém desprovido de razão. Ou seja, o modelo asilar, assim como o modelo hospitalocêntrico, também considerava as pessoas com sofrimento psíquico como incapazes de decidirem sobre seu tratamento e também defendia que estas deveriam ser isoladas da sociedade. Segundo Amarante (1995), o sujeito com sofrimento psíquico, concebido como aquele que não poderia gozar da razão plena, era privado da liberdade de escolha e tal liberdade era pré-requisito da cidadania. Desta forma, era preciso isolar os sujeitos alienados para que, através do tratamento moral, retomassem seu “estado de consciência plena” (AMARANTE, 2003, p. 52) e voltassem a exercer sua cidadania (AMARANTE, 2003). Sendo assim, o manicômio representa o local em que os ditos “loucos” recebiam “tratamento” baseado na vigilância, na disciplina, punição, trabalho terapêutico, custódia e interdição (AMARANTE, 2003). Vale destacar que os “loucos”, por serem considerados desprovidos de razão, eram considerados incapazes de decidirem sobre seu tratamento.

Um fator que contribuiu para que o manicômio se tornasse um espaço de exclusão e supressão das subjetividades e os ditos “loucos” continuassem sendo considerados como

incapazes de decidirem sobre seu tratamento, foi o modelo de prestação de serviços no país, na época da ditadura militar (1964-1985). Isto porque durante a ditadura militar houve a privatização das internações psiquiátricas, ou seja, as internações não ocorriam apenas nos hospitais públicos (TENÓRIO, 2002). O governo contratava leitos de hospitais privados e estes hospitais eram remunerados pelo setor público. Assim, de acordo com Vecchia e Martins (2009), no ano de 1978 cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi utilizado para a contratação de leitos em hospitais privados. Pode-se pensar então que essa privatização das internações psiquiátricas funcionou como um incentivo para o tratamento baseado na internação e no isolamento, enfim, na manutenção do modelo hospitalocêntrico.

Tenório (2002) afirma ainda que muitos hospitais privados funcionavam apenas para realizar as internações psiquiátricas pagas pelo governo. Segundo o autor, a remuneração pela internação em leitos psiquiátricos eram maiores quanto maior fosse o número de pessoas internadas, o tempo em que essas pessoas ficavam internadas e quanto menor fosse o gasto destinado à manutenção das mesmas nos hospitais. Este investimento na contratação de leitos demonstra o quanto era lucrativo, para as instituições privadas, ter pacientes internados e, principalmente, como era importante manter o estigma de que o sujeito com sofrimento psíquico grave deveria ser tratado longe de seus familiares e longe da sociedade, propagando assim a idéia de que os ditos loucos não eram capazes de decidirem sobre seu tratamento e que eram pessoas perigosas. Além disso, o fato de a remuneração dos hospitais psiquiátricos ser maior quanto maior fosse o número de pacientes internados e quanto menor fosse os gastos com estes pacientes, permitiu que fosse negligenciada a forma de tratamento a estes pacientes, aumentando assim as possibilidades de maus tratos e violência com estes sujeitos em sofrimento psíquico.

Na década de 1970 começaram então a surgir questionamentos quanto à eficiência dos serviços prestados às pessoas com sofrimento psíquico e denúncias quanto à violência que os sujeitos internados sofriam (TENÓRIO, 2002). Em 1978, no Rio de Janeiro, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento reivindicava melhores condições de trabalho nos manicômios e apresentava críticas ao modelo vigente de assistência à saúde mental (AMARANTE, 1995; MAIA; FERNANDES, 2002). Segundo Amarante (2005) o MTSM se tornou um ator social importante para as mudanças/reformas no campo da saúde mental.

A ampliação do MTSM ocorreu em dezembro de 1987, no segundo encontro organizado por este movimento cujo lema era: “Por uma sociedade Sem Manicômios”. Este

encontro contou com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares buscando não só mudanças no âmbito das instituições, como também mudanças na relação entre a sociedade e a loucura (AMARANTE, 1995; MAIA; FERNANDES, 2002; TENÓRIO, 2002). Neste contexto surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial, cujos integrantes eram usuários dos serviços de saúde mental, os familiares destes usuários e também profissionais da saúde mental. Este movimento propunha mudanças no modelo de assistência psiquiátrica e lutava para que as intervenções em saúde mental se orientassem pelo conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995). A desinstitucionalização tinha como finalidade não apenas extinguir os manicômios, mas também pensar novas estratégias de intervenção, novos serviços e reconstruir novos saberes e práticas acerca da loucura, construindo um novo jeito da sociedade se relacionar com a loucura (AMARANTE, 2003; TENÓRIO, 2002). Percebe-se assim que a desinstitucionalização tem como foco a alteração da concepção que a sociedade possui acerca da loucura, de que o sujeito com sofrimento psíquico é alguém desprovido de razão que deve ser afastado da sociedade. Ou seja, a desinstitucionalização propõe que a sociedade encontre formas de lidar com sujeito em sofrimento psíquico respeitando as dificuldades e necessidades destes sujeitos.

Outro fator que contribuiu para a transformação do modelo asilar foi o Projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional em 1987, que tinha como proposta a extinção progressiva dos manicômios, a criação de serviços substitutivos aos tratamentos realizados nas instituições psiquiátricas e a submissão das internações compulsórias à aprovação da autoridade judiciária (TENÓRIO, 2002). Esta lei, entretanto, somente foi aprovada em 6 de abril de 2001 e ainda sofreu algumas alterações em relação à proposta inicial (TENÓRIO, 2002). Apesar de ter sido aprovada somente em 2001, desde sua apresentação ao Congresso, a Lei Paulo Delgado protagonizou mudanças e o surgimento de novos serviços no tratamento à saúde mental (TENÓRIO, 2002).

As mudanças ocorridas com a elaboração do Projeto de Lei Paulo Delgado e da manifestação do Movimento da Luta Antimanicomial foram percebidas no início dos anos 1990. Nesta década houve uma maior investigação, por parte do Ministério da Saúde, a respeito das denúncias relacionadas ao tratamento fornecido pelos hospitais psiquiátricos e a recusa, do mesmo Ministério, em deferir os pedidos referentes ao aumento do número de leitos nas instituições psiquiátricas (MAIA; FERNANDES, 2002). Além disso, havia ainda as portarias 189/91 a 224/92 do Ministério da Saúde que permitiam que o Sistema Único de Saúde financiasse outros meios de assistência em saúde mental diferentes da ampliação de leitos e consultas ambulatoriais (AMARANTE, 1995). E assim foram inaugurados nesta

época serviços como: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os NAPS são estruturas que funcionam 24 horas por dia e prestam os mais variados serviços, como: atendimento psicológico, consultas médicas, variadas atividades em grupos e ainda possui leitos para internação (máximo de seis leitos) (TENÓRIO, 2002). Os CAPS são serviços de atendimentos diários com atividades terapêuticas diversas funcionando como uma “sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

É importante ressaltar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica é um movimento de trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e dos familiares destes usuários e não tem como foco apenas a retirada das pessoas com sofrimento psíquico dos hospitais psiquiátricos. A finalidade desse movimento, das portarias e leis originadas durante a reforma e dos serviços substitutivos criados, é a de devolver a cidadania e a subjetividade antes privada ao “louco”, possibilitando que ele volte a atuar como sujeito de sua vida (AMARANTE, 1995). Para que se devolva esta cidadania, os serviços em saúde mental devem possibilitar às pessoas com sofrimento psíquico, através do desenvolvimento das mais diversas atividades, condições concretas de se re-inserirem na sociedade (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Esta re-inserção das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade não deve ocorrer através de uma tentativa de adaptá-lo a esta sociedade, mas de permitir que este sujeito consiga ser atuante em seu meio, preservando e respeitando suas diferenças (PITIÁ; SANTOS, 2006). Enfim, ao construir serviços que possibilitem a re-integração das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade é criada uma aproximação desta sociedade com os “loucos” e é possível então transformar a concepção que a sociedade possui acerca da “loucura” (de que o louco é perigoso, incapaz de tomar decisões, etc.) e como consequência, possibilitar a qualidade de vida para todos na cidade, na sociedade (AMARANTE, 2003; NICÁCIO; KINKER, 1997).

Verifica-se então que a Reforma Psiquiátrica propõe uma nova forma de conceber a loucura e de se relacionar com ela, buscando, segundo Amarante (1995), a superação do conceito de doença como erro. Sendo assim, o sujeito com sofrimento psíquico deve ser tratado de acordo com suas condições concretas de vida, respeitando seus direitos e sua cidadania, possibilitando assim que ele não seja apenas um objeto de saber da psiquiatria (AMARANTE, 1995). Isto significa que o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico não deve ser pautado apenas em seus sintomas ou na sua “doença” /diagnóstico, mas também nas possibilidades que elas possuem de atuarem na sociedade.

A partir de toda a trajetória do movimento pela Reforma Psiquiátrica e das transformações no modelo de assistência à saúde mental, decorrentes da luta por melhores condições de tratamento e de qualidade de vida às pessoas com sofrimento psíquico, pode-se pensar o acompanhamento terapêutico como uma prática que busca a promoção de autonomia da pessoa acompanhada juntamente com a re-inserção da mesma na sociedade. Sendo assim, o acompanhamento terapêutico é um serviço substitutivo que busca, através da reabilitação psicossocial, ampliar a autonomia da pessoa acompanhada a partir da apresentação de possibilidades de atuação na sociedade e do auxílio a este acompanhado no que se refere à diminuição das barreiras encontradas para o exercício de sua cidadania (BERLOTE, 2001). Neste sentido torna-se importante verificar o que os acompanhantes terapêuticos percebem acerca de sua prática e da relação da mesma com a promoção de autonomia de seus acompanhados. E ainda, verificar se esta promoção de autonomia tem relação com a concepção que estes profissionais tem acerca da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial e, conseqüentemente, com as intervenções realizadas por estes profissionais.

2.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, AUTONOMIA E SAÚDE MENTAL

O movimento a favor da reabilitação psicossocial originou-se nos Estados Unidos na década de 1940 com o encontro de ex-internos de hospitais psiquiátricos denominado: “Não estamos sós” (GUERRA, 2004). Verifica-se que o surgimento deste movimento a favor da reabilitação está diretamente vinculado a uma reivindicação contra o modelo hospitalocêntrico, adotado nos manicômios e instituições psiquiátricas antes da Reforma Psiquiátrica. As formas de tratamento nos hospitais psiquiátricos promoviam a exclusão e o descaso com as pessoas internadas e tinham seu enfoque na doença e no sintoma apresentado e não nas possibilidades e aspectos sadios da pessoa com sofrimento psíquico. As atuais formas de assistência em saúde, entretanto, possuem como pressuposto o bem-estar biopsicossocial do indivíduo em sofrimento psíquico e baseiam suas intervenções nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, Hirdes e Kantorski (2004) afirmam que os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica, na maioria das vezes, “se intitulam reabilitadores” (2006, p. 218).

Hirdes e Kantorski (2004) apontaram também os fatores que despertam o interesse pela reabilitação psicossocial desde 1990 até hoje. São eles: o processo de

desinstitucionalização, a demanda das pessoas ainda internadas, o reconhecimento dos direitos delas e, por último, o progresso dos conhecimentos psiquiátricos. Ainda segundo as autoras, a reabilitação psicossocial busca a diminuição dos preconceitos e a promoção de uma melhor qualidade de vida para a pessoa com sofrimento psíquico. Haverá então alguma relação entre reabilitação psicossocial e promoção de autonomia? Os serviços que atuam sob a perspectiva da reabilitação psicossocial cujo objetivo é a diminuição de preconceitos e melhora da qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico não teria como consequência ou como finalidade a promoção de autonomia do indivíduo?

De acordo com Who e De Girolamo (*apud* PITTA, 2001), a reabilitação psicossocial tem como objetivo a promoção de habilidades que maximizam as oportunidades de recuperação da pessoa com sofrimento psíquico e minimizam os danos causados pela cronificação deste sofrimento, proporcionando assim que ela consiga se restabelecer individualmente, familiarmente e comunitariamente. Para alcançar este restabelecimento da pessoa com sofrimento psíquico, a autora alega que o profissional envolvido neste processo deve enfatizar todas as possibilidades da mesma e fornecer a esta um suporte social e residencial. Com base na afirmação de Pitta (2001) sobre a atuação dos profissionais e instituições que intervêm sobre a reabilitação psicossocial, cabe salientar que esta atuação não está direcionada para a “normalização” do indivíduo. Ou seja, a atuação dos reabilitadores não deve ter como foco a adequação do indivíduo àquilo que a sociedade estabelece como comportamento normal, justamente porque seu objetivo é o de possibilitar a inserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade, mas preservando suas diferenças individuais e enfatizando suas possibilidades a fim de que ela possa se constituir como sujeito da própria história (PITIÁ; SANTOS, 2005b).

O respeito à individualidade, à singularidade e às diferenças da pessoa com sofrimento psíquico vai ao encontro do que Saraceno (2001, p. 151) destaca:

A reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos. O que é uma coisa completamente distinta do que se vem pensando, ou seja, não estamos lutando para tornar forte o paciente que tem a desabilidade, mas sim permitir a quem não é forte de estar na cena onde eles estão.

A preservação da individualidade, singularidade e diferenças da pessoa com sofrimento psíquico é um objetivo da reabilitação psicossocial que ocorre somente quando há um investimento no poder de trocas, de contratualidade da pessoa com sofrimento psíquico,

pois é este poder contratual que proporcionará o desenvolvimento da autonomia da mesma (KINOSHITA, 2001). O autor acrescenta que as trocas exercidas por uma pessoa se dão em três dimensões: afetiva, material e de mensagens. Nesta perspectiva, a pessoa diagnosticada com algum transtorno mental teria seu poder de contratualidade anulado, pois há um descrédito e uma incompreensão da sociedade em relação aos bens materiais, às mensagens e ao afeto da pessoa dita “louca”. Isto porque os pertences que a pessoa em sofrimento psíquico diz possuir são colocados sob suspeitas, sua forma de transmitir uma mensagem não é compreendida pela sociedade e suas trocas afetivas ocorrem, para a sociedade, de maneira deturpada, não adequada à situação (KINOSHITA, 2001). Para o autor, o desenvolvimento da “capacidade” de contratualidade deve se iniciar na própria relação estabelecida entre a pessoa com sofrimento psíquico e o profissional, visto que é este profissional quem poderá aumentar esse poder. O desenvolvimento do poder de contratualidade pode ocorrer também, segundo Kinoshita (2001), com a elaboração de projetos e ações que modifiquem a vida da pessoa com sofrimento psíquico concretamente. Ou seja, os projetos elaborados devem possibilitar que a pessoa com sofrimento psíquico encontre novas formas de atuação nesta sociedade. Estes projetos e ações devem promover também o enriquecimento da subjetividade da pessoa acompanhada (KINOSHITA, 2001).

Pode-se pensar então que o desenvolvimento do poder de contratualidade do indivíduo com sofrimento psíquico, através da elaboração de projetos e ações que modifiquem sua vida, promoveria a reabilitação psicossocial deste indivíduo. Isto porque ao desenvolver ações que ampliam o poder de contratualidade da pessoa em sofrimento psíquico, o reabilitador psicossocial promove o desenvolvimento individual, familiar e comunitário do indivíduo com sofrimento psíquico. E assim permite que o indivíduo consiga se constituir como sujeito da própria história, da própria vida e este é, segundo Pitiá e Santos (2005b), o objetivo da reabilitação psicossocial.

A ampliação do poder de contratualidade, o investimento nas possibilidades da pessoa com sofrimento psíquico, a inserção dela na sociedade de modo que haja respeito às diferenças e singularidades das mesmas, permitindo que estas encontrem uma melhor maneira de viver em sociedade sem, no entanto, trabalhar na perspectiva da normalização é o que possibilitará o desenvolvimento da autonomia da pessoa com sofrimento psíquico. Mas o que seria esta tão almejada autonomia?

De acordo com Santos et al. (2000), a palavra autonomia tem origem grega e é utilizada para indicar a capacidade de um indivíduo “de se autodeterminar, de se auto-realizar, de autos (si mesmo) e nomos (lei)” (SANTOS et al., 2000, p.03). É importante, contudo,

explicitar que a autonomia buscada pela reabilitação psicossocial não deve ser confundida com a total independência da pessoa com sofrimento psíquico. Não é um se autodeterminar e se auto-realizar sem o outro, sem precisar do outro ou sem estabelecer relações com o outro. Ao contrário, o desenvolvimento da autonomia ocorre de modo relativo e relacional, ou seja, o indivíduo constitui sua autonomia, pessoal, individual e psicológica quanto mais consegue estabelecer relações de dependências (MORIN *apud* SOARES; CAMARGO, 2007). Cabe salientar que o termo dependências refere-se à maior capacidade do indivíduo em vincular-se a outras pessoas, outros serviços, a outra possibilidade de ser, de se constituir e de participar do mundo. Ou seja, quanto mais relações o indivíduo estabelecer e quanto mais ele conseguir reconhecer que precisa de várias pessoas e várias coisas para poder ser no mundo, mais autônomo ele se torna, pois é a partir das relações que o indivíduo consegue estabelecer outras maneiras de atuar, de agir em sua vida e quanto maior for sua vinculação com o mundo e com as pessoas, maiores serão suas possibilidades. Conforme Soares e Camargo (2007), não se trata então de uma autonomia pura e simples, e sim do fortalecimento da rede de relações e, por que não dizer, também da ampliação da rede de relações da pessoa com sofrimento psíquico. Os autores acrescentam que a pessoa autônoma é aquela capaz de reconhecer sua vinculação com outro. Esta vinculação, contudo, não deve ser restrita ou restritiva, ou seja, limitada. Isto porque, segundo Kinoshita (2001), quando esta vinculação ou quando o estabelecimento de relações é dirigido a poucas pessoas e poucas coisas, há uma diminuição do desenvolvimento da autonomia.

Assim sendo, para avaliar a relação que o acompanhante terapêutico estabelece entre as intervenções realizadas durante o acompanhamento e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada, autonomia será considerada como:

[...] a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 2001, p.56-57).

A partir deste conceito, pode-se ressaltar um aspecto facilitador da promoção de autonomia da pessoa com sofrimento psíquico que é a variedade do *setting* dos profissionais que trabalham a partir da perspectiva da reabilitação psicossocial. Isto significa que a atuação destes profissionais pode ocorrer na própria comunidade da pessoa com sofrimento psíquico,

em cooperativas de trabalhos, em ateliês terapêuticos, centros de atenção psicossocial, enfim, locais em que circula a pessoa com sofrimento psíquico (PITTA, 2001). E é neste contexto que o profissional irá funcionar como modelo para a pessoa com sofrimento psíquico “emprestando” seu poder contratual a ela a fim de possibilitar novas relações e experiências à mesma (KINOSHITA, 2001).

Deste modo, pode-se pensar o acompanhante terapêutico como um reabilitador psicossocial, pois ao vincular sua prática ao local em que é instaurada a dificuldade social da pessoa acompanhada, este profissional pode funcionar como modelo para o acompanhado “emprestando seu ego” a ele e permitindo que este, através da modificação de sua forma de se relacionar e se inserir na sociedade, consiga ampliar seu poder de contratualidade e de trocas sociais, seja na dimensão afetiva, material ou de mensagens, promovendo assim uma maior autonomia da pessoa acompanhada. Isto porque ao exercer suas trocas e ampliar seu poder de contratualidade, a pessoa acompanhada provavelmente conseguirá estabelecer relações menos restritas e também, estabelecer um vínculo de melhor qualidade com a sociedade. Neste sentido, parafraseando Saraceno (1999) (*apud* HIRDES, 2009), pode-se dizer que o trabalho do acompanhante terapêutico deve transmitir credibilidade e confiança às pessoas acompanhadas com intuito de que sua autonomia e capacidade encontrem uma ocasião de expressão e crescimento para que consigam se constituir como sujeitos da própria história.

2.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O acompanhamento terapêutico é uma prática que está diretamente vinculada “à necessidade de criação de novos métodos de atenção intensiva de cuidado à saúde que vão configurando-se a partir da segunda metade do século XX” (SILVA e SILVA, 2006, p. 212). Segundo Cruz et al. (2003), o acompanhamento se originou de uma tentativa de transformação do processo de estigmatização e sofrimento desencadeados pelas “doenças mentais”. Este trabalho teve início nos anos 1960, juntamente com o movimento das reformas psiquiátricas que lutavam para que o doente ou a pessoa em sofrimento psíquico fosse vista como alguém capaz de participar e decidir sobre o seu próprio tratamento, pois possuía recursos sadios para isto (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005). Cruz et al. (2003) afirma ainda

que o acompanhamento terapêutico seria uma nova ferramenta para auxiliar “pacientes psiquiátricos” com graves dificuldades sociais.

Sobre o local de surgimento do acompanhamento terapêutico, conforme já explicitado na problemática deste trabalho, há autores afirmando que o nascimento de tal prática se deu na Argentina em 1960 (LONDERO; PACHECO 2006) e outros que alegam que tal prática teve sua origem nos Estados Unidos e na Europa Ocidental (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005). O acompanhante terapêutico, contudo, não recebeu esta denominação na época de seu surgimento. Primeiro o profissional que realizava acompanhamento terapêutico foi denominado auxiliar psiquiátrico, após recebeu o nome de amigo qualificado e por último, acompanhante terapêutico (GUERRA; MILAGRES, 2005; PITIÁ; SANTOS, 2005c; SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005; LONDERO; PACHECO, 2006). Barreto (2005a) pontua que as mudanças de nomenclatura do acompanhamento terapêutico se deram à medida que este trabalho deixou a instituição psiquiátrica e começou a acontecer mais na rua e na casa da pessoa com sofrimento psíquico. Pode-se pensar ainda que esta mudança de nomenclatura não se deve apenas ao fato de tal prática ter deixado de acontecer na instituição psiquiátrica e passado a acontecer na rua, mas também por, nesta época, já haver uma outra concepção acerca do sofrimento psíquico e de maneiras de intervir sobre o mesmo. Ou seja, talvez a mudança de nomenclatura também possa ter ocorrido por já haver uma necessidade de trabalhar sobre a perspectiva da reabilitação psicossocial, que segundo Pitta (2001), utiliza estratégias de cuidado que englobam as necessidades da pessoa com sofrimento psíquico e as possibilidades e recursos oferecidos pelo contexto em que a mesma vive.

O auxiliar psiquiátrico era um cargo geralmente ocupado por estudantes de cursos superiores em saúde mental. Seu local de trabalho era a própria instituição e comunidades terapêuticas e sua função era a de acompanhar a pessoa internada no seu cotidiano (LONDERO; PACHECO, 2006; ZAMIGNANI; WIELENSKA 1999). Silva e Silva (2006) acrescentam que os auxiliares psiquiátricos tinham como dever controlar a ingestão dos remédios prescritos aos internos e vigiar o comportamento destes fora das instituições. De acordo com Silva e Silva (2006), as pessoas internadas nas comunidades terapêuticas possuíam um programa de tratamento. Este programa era elaborado por um psicoterapeuta ou psiquiatra. O auxiliar psiquiátrico era então quem deveria fazer com que a pessoa internada cumprisse seu programa de tratamento.

Simões e Kirschbaum (2005) desenvolveram uma pesquisa em que caracterizam as produções científicas sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003. Nesta

pesquisa as autoras afirmam que antes do surgimento dos auxiliares psiquiátricos havia os atendentes psiquiátricos. A diferença no trabalho executado por estes dois profissionais se encontra no fato de que a função do atendente era a de cuidar da pessoa internada na instituição e ficar com ela dentro do hospital a todo momento. Já o auxiliar psiquiátrico deveria acompanhar a pessoa internada no cotidiano da vida comunitária desta. Os auxiliares psiquiátricos, ainda de acordo com Reis Neto e Ibrahim (*apud* SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005), formavam uma equipe e esta equipe dava assistência às pessoas internadas 24 horas por dia. As autoras afirmam também que o atendente psiquiátrico foi uma prática que ocorreu na Clínica Pinel na cidade de Porto Alegre entre 1960 e 1970. Já o auxiliar psiquiátrico foi uma prática desenvolvida na Clínica Villa Pinheiros no Rio de Janeiro no final da década de 1960.

Com o fechamento das comunidades terapêuticas no final da década de 1970, os serviços desenvolvidos por auxiliares psiquiátricos continuaram a ser solicitados por terapeutas e familiares como uma alternativa à internação dos “pacientes psiquiátricos” (BARRETO, 2005a). Segundo Brandão et al.(2006), os profissionais que trabalhavam com os serviços alternativos à internação foram denominados “amigo qualificado”. O “amigo qualificado”, segundo Barreto (2005a), só recebeu este nome em 1981 e sua função era a de estar junto do acompanhado nos momentos em que este não estivesse inserido nas atividades do hospital dia, e principalmente, de estar junto com o acompanhado nos finais de semana.

À medida que a atividade exercida pelo “amigo qualificado” era mais requisitada, foi havendo uma maior especialização desta prática (BARRETO, 2005a). Deste modo, além dos estudantes, profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros também começaram a acompanhar as pessoas com sofrimento psíquico. Barreto (2005a) explica ainda que a nomenclatura “amigo qualificado” dificultava a caracterização e a separação do vínculo entre a pessoa acompanhada e o profissional e, conforme já foi dito na problemática, ressaltava o aspecto amistoso do vínculo (CARVALHO, 2004a). Por este motivo e por, segundo Pitiá e Santos (2005c), possuir uma tarefa de cunho terapêutico, o “amigo qualificado” passou a receber o nome de acompanhante terapêutico. Este novo termo utilizado passou a ressaltar o aspecto profissional e terapêutico e expressava que o acompanhante terapêutico possuía uma ação interventiva junto à pessoa acompanhada (CARVALHO, 2004a; BARRETO, 2005a).

Segundo Simões e Kirschbaum (2005), o serviço de acompanhante terapêutico era inicialmente indicado apenas para pessoas com diagnóstico de psicose. Atualmente tal serviço é indicado também para pessoas com outros diagnósticos ou que estejam com dificuldades em

estabelecer relações com o meio social (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005a; PITIÁ; SANTOS, 2005a). O acompanhamento terapêutico então, conforme Silva e Silva (2006), se constituiu para acompanhar a pessoa com circulação social restrita. O acompanhante terapêutico objetiva assim, romper o isolamento e a exclusão social. Tal objetivo está submetido a uma rede de saberes (médicos, psicológicos, sociais, políticos, etc.), principalmente no conhecimento sobre saúde mental (PITIÁ; SANTOS, 2005a; SILVA; SILVA, 2006).

A evolução histórica do acompanhamento terapêutico e as mudanças que esta prática sofreu desde seu surgimento, mudanças de nomenclatura e função, é possível questionar: o que caracteriza o acompanhamento terapêutico atualmente? Há um reconhecimento da sociedade acerca desta prática?

Pode-se destacar três características atuais do acompanhamento terapêutico. São elas: o *setting* ampliado, o diálogo com a família e o trabalho em equipe (ARAÚJO: PORTO e SERENO *apud* SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005). O *setting* ampliado se refere ao fato do acompanhamento poder ocorrer em diferentes lugares, como na casa do acompanhado, no shopping ou em outro lugar (CARVALHO, 2004a). O diálogo com os familiares é considerado como fundamental para execução e desempenho desta prática, além disto, o acompanhante terapêutico é, muitas vezes, o elo entre a pessoa acompanhada, a família e a equipe profissional (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005; BRANDÃO, et al. 2006). O trabalho em equipe se refere ao fato do acompanhante terapêutico, na maioria dos casos, fazer parte de uma equipe multidisciplinar. Esta equipe é composta por profissionais que também atendem a pessoa acompanhada, podendo ser: psiquiatras, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros. Este trabalho em equipe destaca mais uma vez a rede de saberes a que o acompanhante terapêutico está submetido, como já citado por Pitiá e Santos (2005a) e Silva e Silva (2006).

Sobre o perfil dos acompanhantes terapêuticos, Carvalho (2004a) destaca que a principal referência teórica destes profissionais é a psicanálise, entretanto, afirma que outras abordagens também podem auxiliar a realizar esta prática. Além disto, a autora pontua que apesar do acompanhamento terapêutico ter surgido com esta nomenclatura em São Paulo, atualmente esta modalidade de intervenção está sendo também adotada em cidades como: Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campinas, Salvador, Belém, enfim em várias outras cidades brasileiras, demonstrando o reconhecimento desta prática como essencial para intervir em saúde mental.

A partir de toda evolução histórica do acompanhamento terapêutico, das finalidades e locais de atuação pode-se dizer que:

O Acompanhamento Terapêutico pode ser considerado como uma prática anti-segregação, em que se tenta minimizar os efeitos da estigmatização das pessoas em dificuldade pela própria forma de intervenção. Nesse contexto, essa prática busca propiciar uma maior autonomia para que os clientes possam conviver e se desenvolver como sujeitos criativos no seu próprio meio social e urbano, apesar dos limites e dificuldades individuais – o resgate de sua auto-regulação no social (PITIÁ; SANTOS, 2005c, p.59).

Pode-se pensar então que todas as alterações ocorridas no serviço de acompanhamento terapêutico acompanharam as mudanças no modelo de saúde decorrentes da Reforma Psiquiátrica. Isto porque as mudanças do acompanhamento terapêutico, como a mudança de função, a saída, dos profissionais que realizam este serviço, das instituições psiquiátricas e as mudanças de nomenclatura, denotam uma preocupação em promover a reabilitação psicossocial do acompanhado. Além disso, é possível afirmar que o acompanhamento terapêutico manteve o mesmo objetivo da Reforma que é o de transformar a relação que a sociedade estabelece com a “loucura” e proporcionar uma melhor qualidade de vida para as pessoas com sofrimento psíquico.

2.4 FUNÇÕES E CARACTERÍSTICAS DOS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS

O acompanhamento terapêutico, a partir da perspectiva da reabilitação psicossocial, busca promover a autonomia da pessoa acompanhada através da ampliação do poder de contratualidade do acompanhado (KINOSHITA, 2001). Isto ocorre através do restabelecimento da relação da pessoa acompanhada com o social, da re-inserção dela na sociedade, de sua vinculação com a sociedade. Fiorati (*apud* FIORATI; SAEKI, 2008) também aponta o acompanhamento terapêutico como um instrumento de atenção psicossocial que se alia às propostas da reforma psiquiátrica, por meio de ações que resgatam a contratualidade do acompanhado como cidadão.

Carvalho (2004a) destaca três elementos presentes na prática do acompanhamento terapêutico, os quais podem facilitar o resgate da contratualidade do acompanhado. São eles: *estar com* o acompanhado, *escutar a ação* e *propor/co-construir*. O *estar com* o acompanhado, segundo a autora, se refere à disponibilidade do acompanhante terapêutico em participar de diferentes momentos da vida de seu acompanhado por períodos prolongados. O *escutar a ação*, seria um complemento do *estar com*, mas a escuta se destina a acolher verdadeiramente o que é expresso pela pessoa acompanhada, não apenas através do que ela

verbaliza, mas também pelo que é expresso na ação do acompanhado com o social, na sua interação com o social. A *co-construção e a proposição*, de acordo com a autora, seriam os processos de mudança realizados com o acompanhado. Esta mudança será proposta a partir do que está presente na história do acompanhado, no seu cotidiano, seria a tentativa de “mover o que está estagnado” (CARVALHO, 2004a, p. 35). Deste modo, para que o acompanhante terapêutico consiga auxiliar a pessoa acompanhada na promoção de autonomia da mesma, ele precisa estar disposto a fazer parte de vários momentos da vida de seu acompanhado, precisa prestar atenção não somente ao que o acompanhado verbaliza, mas também em suas ações, na maneira como interage, ou seja, perceber o significado das ações realizadas pelo acompanhado. Além disso, deve perceber o modo como o acompanhado se coloca no mundo, seja nas relações familiares ou com o próprio acompanhante. E é então a partir desta *disponibilidade* e desta *escuta ação* que será possível *propor e co-construir* mudanças na vida do acompanhado, apresentando e construindo juntamente com o sujeito novas possibilidades de se relacionar.

O acompanhante terapêutico está lado a lado com o paciente, experimentando aquelas situações em que este costuma se sentir coagido, testado nos próprios limites e dessa proximidade nasce a possibilidade de reagir de maneira diferente, de se impor como sujeito da própria história. Não se trata aqui somente de coisas grandiosas. O que está em jogo pode ser simplesmente a escolha de um filme, a recusa a um convite, a decisão de mudar o corte de cabelo (CARVALHO, 2004b, p. 51).

Há ainda outras características que o acompanhante terapêutico deve possuir para realizar esta prática. São elas: *interesse e possibilidade de trabalhar em equipe, maturidade, compromisso, iniciativa e atitudes firmes e flexíveis* (BALVEDI, 2003). Estas características estariam diretamente vinculadas ao sucesso da prática do acompanhamento terapêutico. Segundo Balvedi (2003), o *interesse e a possibilidade* do acompanhante terapêutico fazer parte de uma equipe, diz respeito ao fato de que a maioria das pessoas acompanhadas é atendida por uma equipe de profissionais, como psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, entre outros. Além disso, pode-se pensar também os próprios familiares e amigos da pessoa acompanhada como uma equipe, pois eles, de maneira direta ou indireta, também participam do trabalho que se desenvolve com o acompanhado. A *maturidade*, de acordo com a autora, é necessária para que o acompanhante consiga ter segurança na execução de seu trabalho e domínio de suas ações. O *compromisso* do acompanhante terapêutico é enfatizado pela autora como característica essencial deste profissional. Isto porque, conforme Balvedi, o acompanhante se torna um “ponto de aglutinação que emana esperança” (2003, p. 297) para o

acompanhado. Desta forma, a autora destaca que se houver qualquer deslize, seja no manejo do vínculo ou no modo de lidar com o acompanhado, este pode ser prejudicial ao tratamento, ao desempenho das conquistas realizadas pelo acompanhado.

A questão da *iniciativa* enfoca a importância do acompanhante tomar decisões diante das situações inesperadas que podem ocorrer durante o acompanhamento terapêutico (BALVEDI, 2003). Com relação às *atitudes firmes e flexíveis*, Balvedi (2003) aponta para o fato de que em algumas situações o acompanhado irá “testar” seu acompanhante, tentando mudar algo que foi estabelecido no contrato, ou algum acordo feito. Nessas ocasiões o acompanhante deve manter-se firme, entretanto, podem ocorrer contratempos durante o acompanhamento que demandem uma alteração no que foi proposto, e esta alteração deve ocorrer sempre que necessária a fim de não romper o vínculo estabelecido entre acompanhante e acompanhado (BALVEDI, 2003).

Deste modo, as características, listadas por Balvedi (2003), necessárias à prática do acompanhante terapêutico teriam relação com o desenvolvimento da autonomia do paciente acompanhado? Será que estas são características consideradas pelos acompanhantes terapêuticos como aquelas que auxiliariam a promover autonomia? Os acompanhantes terapêuticos ao intervirem apresentam estas características? E o que o acompanhante terapêutico deveria ser capaz de fazer para “ser maduro”, “mostrar compromisso e iniciativa”? Não seriam estas características necessárias para a atuação profissional em qualquer área? Não seriam estas características muito genéricas para ser consideradas exclusivas do acompanhante terapêutico? Neste sentido, parece que estas características apresentadas por Balvedi (2003) não explicitam quais as particularidades um sujeito precisa possuir ou desenvolver para atuar como acompanhante terapêutico.

Além disso, para intervir como acompanhante terapêutico, Carvalho (2004b) afirma que o mapeamento da rede social da pessoa acompanhada é de extrema importância, visto que é a partir desse mapeamento que a intervenção será realizada. Esta intervenção, segundo Sluski (*apud* CARVALHO, 2004b), possibilitará o rearranjo das redes sociais estabelecidas pelo acompanhado, podendo durante o processo de acompanhamento, ampliá-las, ativá-las ou desativá-las. Isto porque, segundo o autor, as redes sociais de um indivíduo afetam diretamente sua saúde. Deste modo, relações sociais precárias são consideradas fatores de risco para a saúde da pessoa acompanhada. Carvalho (2004b) cita ainda que as pessoas que estão envolvidas no processo de acompanhamento terapêutico (sejam elas o acompanhado, família, amigos e comunidade) influenciam diretamente no sucesso ou insucesso do tratamento. Sendo assim, é função do acompanhante terapêutico intervir de modo a auxiliar a

pessoa acompanhada a ampliar e usufruir melhor das trocas suscitadas em sua rede social (CARVALHO, 2004b).

É necessário ainda que o acompanhante terapêutico faça um diagnóstico das necessidades fundamentais do acompanhado (SAFRA, 2006). De acordo com Safra (2006), é a partir da realização desse diagnóstico que o acompanhante terapêutico consegue intervir de modo a contemplar a singularidade do acompanhado. Segundo o autor, é a partir desse levantamento de necessidades do acompanhado que será possível a criação de um “lugar” para que ocorra o processo de acompanhamento e é este lugar, *placement*, que possibilitará ao acompanhado agir de forma diferente, estabelecer outras maneiras de relacionamento e envolvimento social. Ou seja, o acompanhante terapêutico deve, durante o processo de acompanhamento, ofertar um lugar ético constitutivo (SAFRA, 2006) para a pessoa acompanhada, pois isto permitirá que o acompanhado desenvolva outra possibilidade de se posicionar na relação com o outro e consiga se autogerenciar. A partir disto, pode-se pensar que é a criação de um “lugar”, possibilitado pelo acompanhante terapêutico, que irá permitir ao acompanhado uma nova forma de se relacionar e, como consequência disso, poderá contribuir para ampliar ou desenvolver sua autonomia. Pois, ao permitir a pessoa acompanhada o desenvolvimento dessa nova possibilidade de se posicionar com o outro, o acompanhante terapêutico possibilita que seu acompanhado re-signifique suas formas de agir e de se relacionar consigo mesmo, sua família e sociedade e, como efeito, desenvolva sua autonomia.

Sobre as funções dos acompanhantes terapêuticos, Mauer e Resnizky (1987 *apud* PITIÁ e SANTOS, 2005c) destacam que o acompanhante deve ser: continente à pessoa acompanhada, ou seja, transformar por meio da imaginação a experiência do acompanhado, possibilitando que este sinta a emoção, mas não se torne esta emoção. O acompanhante deve então ser um mediador das experiências afetivas de seu acompanhado (BARRETO, 2005c). As outras funções seriam: o acompanhante servir como um modelo de identificação para seu acompanhado; permitindo que este, a partir da identificação com o acompanhante, consiga romper com os modelos estereotipados e desenvolver uma função ou novo modelo de atuação que necessite (BARRETO, 2005h). Além disto, o acompanhante deve “emprestar” o ego para a pessoa acompanhada, desenvolver a criatividade do acompanhado, atuar como um reabilitador psicossocial, auxiliar o acompanhado a assimilar as interpretações realizadas pelo terapeuta, ser catalisador das relações familiares do acompanhado e informar à pessoa acompanhada sobre o mundo objetivo da mesma (MAUER; RESNIZKY, 1987 *apud* PITIÁ; SANTOS, 2005d).

Além das características apresentadas, há ainda papéis que o acompanhante terapêutico precisa desenvolver. São eles: *holding*, *apresentação de objeto*, *manipulação corporal*, *interlocução dos desejos* e *discriminação de campos semânticos* (BARRETO, 2005). De acordo Barreto (2005b), *holding* seria o *estar com* o acompanhado, permitindo a este uma experiência de integração. *Holding*, conforme o autor, tem o significado de sustentação, seria possibilitar uma experiência de constância tanto física quanto psíquica à pessoa acompanhada. A *apresentação do objeto* poderia ser pensada como a maneira de apresentar novas possibilidades de atuação para a pessoa acompanhada, de modo cuidadoso, para não desencadear angústia no acompanhado. Além disso, esta função, *apresentação do objeto*, poderia ser pensada também como uma maneira de apresentar ao acompanhado novas possibilidades do mesmo de estabelecer relações. Já a *manipulação corporal*, segundo Barreto (2005e), refere-se à organização simbólica do acompanhado e utilização do corpo como meio de expressões de afetos e emoções a partir do reconhecimento de suas necessidades corporais. Pode-se pensar então que a organização simbólica decorrente da manipulação corporal possibilita ao acompanhado uma experiência de totalidade, de integração, pois ele consegue perceber e expressar no seu corpo as emoções que sente. A *interlocução dos desejos* diz respeito ao auxílio a pessoa acompanhada em compreender seus afetos (angústias e desejos) a partir das experiências vividas pelo acompanhado (BARRETO, 2005f). A *discriminação de campos semânticos*, segundo o autor, seria oportunizar ao acompanhado a ampliação de sua consciência acerca de si mesmo e do mundo.

Sendo assim, o que será buscado neste trabalho é conhecer as maneiras pelas quais os acompanhantes terapêuticos estão desenvolvendo suas funções e como o desenvolvimento destas funções possibilita a promoção de autonomia das pessoas acompanhadas. Deste modo, será possível avaliar se tais funções estão realmente influenciando nos resultados alcançados pelo acompanhado, no que diz respeito à autonomia, no decorrer do acompanhamento. Isto porque ao avaliar as formas como tem ocorrido as intervenções dos acompanhantes terapêuticos, na percepção deles, será possível refletir sobre a necessidade do desempenho de funções como *placement*, *interlocução de desejos*, *discriminação dos campos semântico*, dentre outras. Além disto, será possível ainda relacionar de que maneira o desempenho destas funções influenciam no desenvolvimento da autonomia do sujeito acompanhado, de que forma estas funções possibilitam ao acompanhado outras maneiras de se relacionar, sem, contudo, “adequá-los” àquilo que a sociedade estabelece como “normal”.

Com relação ao acompanhante terapêutico comportamentalista, Zamingnani e Wielenska (1999) afirmam que este profissional precisa ter as seguintes características: conhecer os conceitos básicos de sua teoria, ter experiência em observação (pois esta observação pode fornecer os dados essenciais para a intervenção), deve conseguir se comunicar com o acompanhado de modo a proporcionar o vínculo e obter dados relevantes do acompanhante. Além disso, deve também possuir uma relação terapêutica de qualidade, pois isto é essencial para o sucesso do tratamento. Também precisa ter claro o conhecimento que envolve cada técnica a ser aplicada e conhecer de psicopatologia e psicofarmacologia. Acrescenta-se ainda que o acompanhante deve fazer parte de uma equipe multidisciplinar e ser o elo entre esta equipe e a família do acompanhado (ZAMINGNANI e WIELENSKA,1999).

Verifica-se, a partir do que foi apresentado até aqui, que os autores apontam não só quais características os acompanhantes terapêuticos devem possuir, como também quais são as funções necessárias para o desenvolvimento desta prática e, além disto, quais são os pré-requisitos para atuar como acompanhante terapêutico. É importante destacar, contudo, que, algumas vezes, os autores parecem confundir e/ou misturar o que é função, o que é característica e o que é pré-requisito do acompanhante terapêutico. Por exemplo, a função denominada por Carvalho (2004a) de *estar com* se refere à disponibilidade do acompanhante em participar de diferentes momentos da vida do acompanhado, conforme já explicado neste tópico. Entretanto, esta disponibilidade parece ser um pré-requisito necessário para execução deste trabalho e não uma função do acompanhante, pois talvez seja a partir desta disponibilidade que o acompanhante irá desempenhar suas funções com o acompanhado. Além disto, Zamingnani e Wielenska (1999) apresentam como características dos acompanhantes terapêuticos alguns elementos que parecem ser pré-requisitos do acompanhante como, por exemplo, conhecer os conceitos básicos da teoria que utiliza. Observa-se então, que parece haver uma dificuldade dos autores que escrevem sobre o acompanhamento terapêutico em diferenciar o que é pré-requisito, o que é função e o que é característica do acompanhante. Contudo, cabe salientar que o estabelecimento destas características, funções e pré-requisitos apresentados neste tópico, apontam para a complexidade do trabalho desempenhado durante o processo de acompanhamento terapêutico e, como conseqüência, enfatiza as responsabilidades decorrentes do desempenho desta prática. Ou seja, ressalta, mais uma vez a pertinência de avaliar como está sendo realizada esta *clínica da cidade* e como os próprios acompanhantes terapêuticos relacionam as intervenções que

realizam com os resultados obtidos, no caso deste trabalho, às intervenções realizadas e à promoção de autonomia da pessoa acompanhada.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada é do tipo exploratória. Tal pesquisa visou a maior familiaridade com o problema (GIL, 2008) estudado neste trabalho, isto porque foi observada uma lacuna no que se refere às produções acerca do acompanhamento terapêutico e a percepção dos acompanhantes terapêuticos sobre a relação que estabelecem entre as intervenções que realizam com seus acompanhados e a produção de autonomia da pessoa acompanhada. Deste modo, este trabalho proporciona uma reflexão acerca das intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos e os objetivos de tais intervenções. Além disto, permite também um maior conhecimento sobre o acompanhamento terapêutico.

Esta pesquisa possui caráter qualitativo e permite o estabelecimento da relação entre as variáveis encontradas (GIL, 2008). Ou seja, a relação entre as intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos e a produção de autonomia da pessoa acompanhada. Além disto, por se tratar de um trabalho cuja pesquisa se deu a partir do estudo de um fato passado (intervenções já realizadas por acompanhantes terapêuticos, consideradas por estes como promotoras de autonomia), o delineamento desta pesquisa é *ex-post facto* (GIL, 2008).

3.2 PARTICIPANTES

Esta pesquisa teve como alvo estudantes e profissionais que trabalham como acompanhantes terapêuticos, na região da grande Florianópolis. Deste modo, conforme mostra a Tabela 1, foram entrevistados cinco acompanhantes terapêuticos sendo três estudantes de psicologia do sexo feminino e dois psicólogos do sexo masculino. Cabe salientar que uma das acompanhantes terapêuticas entrevistadas concluiu a graduação durante a realização desta pesquisa e por este motivo foi considerada como estudante.

Com base na Tabela 1, verifica-se que dois dos cinco acompanhantes entrevistados afirmam possuir especialização e/ou capacitação em saúde mental, sendo uma estudante e um profissional. É importante destacar que S5, apesar de não possuir capacitação e/ou especialização em saúde mental, afirma já ter participado de algumas especializações e

capacitações como professor e algumas vezes como aluno, entretanto não chegou a concluir estes cursos. Vale salientar ainda que S5 trabalha há treze anos em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Além disso, três dos acompanhantes entrevistados (S1, S2 e S4) alegam possuir formação e/ou especialização em acompanhamento terapêutico.

Com relação ao tempo de atuação como acompanhante terapêutico, duas das estudantes entrevistadas, S1 e S3, afirmam ter realizado este trabalho por alguns meses, sendo que S1 atuou durante dez meses e S3 atuou durante cinco meses. Já S2 relata realizar este tipo de intervenção clínica há aproximadamente três anos. No que se refere aos profissionais, S4 alega atuar como acompanhante terapêutico há aproximadamente doze anos e S5 diz nunca ter atuado diretamente como acompanhante terapêutico, entretanto, afirma supervisionar acompanhantes terapêuticos há aproximadamente três anos.

Tabela 1 - Dados de identificação dos acompanhantes terapêuticos entrevistados.

	Dados de identificação	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Tempo que concluiu a graduação	Especialização e/ou capacitação em saúde mental	Formação e/ou especialização em AT.	Tempo que atuou (atua) como at.
ESTUDANTES	S1	Feminino	52 anos	Estudante de psicologia.	Superior incompleto	Não concluiu.	Não	Sim	10 meses.
	S2*	Feminino	25 anos	Psicóloga	Superior completo.	1 mês	Não	Sim	3 anos.
	S3	Feminino	23 anos	Estudante de psicologia	Superior incompleto.	Não concluiu.	Sim	Não	5 meses.
PROFISSIONAIS	S4	Masculino	36 anos	Psicólogo	Superior completo, uma pós graduação, duas especializações e um mestrado.	11 anos	Sim.	Sim. Organizou um curso de formação em AT.	12 anos.
	S5	Masculino	45 anos	Psicólogo	Especialização e mestrado em antropologia.	22 anos	Não. Participou de formações e capacitações enquanto aluno e professor.	Não.	3 anos.

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

* Quando foram pensados os sujeitos dessa pesquisa S2 ainda era estudante do curso de psicologia tendo concluído a graduação um mês antes do início das entrevistas.

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para realização desta pesquisa foram utilizados: folhas de papel A4, canetas esferográficas, roteiro de entrevistas, gravador digital, um computador e uma impressora.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

As entrevistas realizadas pela pesquisadora ocorreram em local acordado com os participantes. Duas entrevistas foram realizadas na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, e as outras três entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos sujeitos entrevistados. O local das entrevistas estava equipado com mesa e cadeiras, com ventilação e iluminação adequadas. Além disso, o local possuía condições adequadas para manutenção e garantia da privacidade e do sigilo dos participantes desta pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para realização desta pesquisa foi a entrevista semi-estruturada. Por haver um roteiro de perguntas pré-estabelecidas, tal instrumento permite a padronização das perguntas aos participantes da pesquisa e ainda auxilia na manutenção do foco da mesma. Além disso, por se tratar de entrevista, contendo perguntas abertas, as possibilidades de respostas são maiores e permitem uma melhor expressão do entrevistado. Cabe salientar ainda que o instrumento de coleta de dados permitiu abordar os aspectos que são investigados e estudados nesta pesquisa. São eles: os procedimentos e instrumentos utilizados por acompanhantes terapêuticos durante a intervenção, as funções que estes acompanhantes desempenham, o que consideram autonomia, os critérios que utilizam para avaliar autonomia e os resultados alcançados com as intervenções realizadas.

3.6 PROCEDIMENTO

3.6.1 De seleção dos participantes

Os participantes desta pesquisa preenchem os seguintes critérios:

- *Estudantes*: alunos do curso de psicologia ou medicina ou enfermagem e realizam ou realizaram estágio como acompanhante terapêutico por, no mínimo, cinco meses.
- *Profissionais*: graduados em psicologia ou medicina ou enfermagem, atuam como acompanhantes terapêuticos por mais de um ano e possuem ou participaram de alguma capacitação e/ou especialização em saúde mental.

3.6.2 De contato com os participantes

Foi realizado contato telefônico com os coordenadores ou responsáveis pelas instituições que trabalham com saúde mental, na região da grande Florianópolis, a fim de explicar de que se tratava a pesquisa e quais seus objetivos. Neste contato foi verificado quais destas instituições dispõem de acompanhantes terapêuticos e se há indicação deste serviço a algumas das pessoas atendidas. Destas instituições, uma delas dispõe do serviço de acompanhamento terapêutico, entretanto tal serviço é realizado por auxiliares de enfermagem. Uma outra instituição contatada possuía acompanhantes terapêuticos que realizavam trabalho voluntário, entretanto, tais acompanhantes estavam vinculados a outro estabelecimento que trabalha com saúde mental. No caso do contato com os estudantes, foi averiguado se nas instituições contatadas havia estagiários atuando como acompanhantes terapêuticos e/ou participando de algum curso de capacitação para acompanhantes terapêuticos. Os estudantes encontrados que realizam ou realizaram acompanhamento terapêutico também estão ou estavam vinculados ao mesmo estabelecimento que trabalha com saúde mental e dispõe de acompanhantes que realizam acompanhamento terapêutico voluntário. A vinculação destes

estudantes a este estabelecimento se deu pelo fato de os mesmos terem participado de cursos e/ou formação no local, ou por serem supervisionados por profissionais desta instituição.

Após o contato com os coordenadores e responsáveis pelas instituições acima citadas foi realizado contato com os acompanhantes terapêuticos da instituição que dispõe deste serviço a fim averiguar se possuem o perfil delimitado por esta pesquisa e de verificar a disponibilidade em participarem da entrevista. Posteriormente foi agendada a entrevista com os acompanhantes terapêuticos que possuíam disponibilidade e se enquadravam no perfil delimitado.

3.6.3 De coleta e registro dos dados

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo objetivo era o de resguardar os participantes do ponto de vista ético. Neste termo foi explicada a finalidade da pesquisa aos participantes e assegurados os direitos do sujeito à autonomia e sigilo das informações fornecidas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas e gravadas, com a permissão dos participantes através da assinatura do consentimento de gravação de voz. Posteriormente à realização de cada entrevista, as mesmas foram transcritas integralmente, a fim de preservar a fidedignidade dos dados coletados na pesquisa. Cabe salientar que as entrevistas realizadas tiveram duração aproximada de cinquenta minutos.

Vale dizer ainda que no momento da coleta de dados a pesquisadora explicou novamente aos entrevistados os objetivos da pesquisa e a relevância da mesma e agradeceu a contribuição dos entrevistados para a realização deste trabalho. Além disso, a pesquisadora esclareceu aos entrevistados que os mesmos poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento sem nenhum risco de retaliação. Quanto aos locais de realização das entrevistas, conforme já explicado neste capítulo, os mesmos foram acordados entre pesquisadora e entrevistados. Sendo assim, duas entrevistas foram realizadas na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL e três foram realizadas no local de trabalho dos sujeitos entrevistados.

3.6.4 De organização, tratamento e análise dos dados

Os dados coletados durante as entrevistas realizadas foram organizados pela natureza das respostas fornecidas pelos sujeitos entrevistados, a partir de cada pergunta feita. Após essa organização, foram estabelecidas categorias de análise. Estas categorias foram elaboradas a partir da análise de conteúdo, visto que este tipo de análise permite examinar os conteúdos e formas de comunicação da pessoa entrevistada além de possibilitar uma reconstrução de significados que proporcionam uma maior compreensão acerca da realidade dos sujeitos entrevistados (MARCONI; LAKATOS, 2001; SILVA et al., 2005). Sendo assim, “o princípio da análise de conteúdo é definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo para esclarecer diferentes características e extrair sua significação” (SILVA et al., 2005, p.75). Deste modo, procurou-se através da leitura das transcrições das entrevistas realizadas, extrair a os significados que os sujeitos atribuíram aos conteúdos apresentados.

As principais categorias de análise identificadas dizem respeito à caracterização dos acompanhantes terapêuticos (ex: características necessárias para atuar como acompanhante terapêutico), a caracterização do processo de acompanhamento terapêutico, os procedimentos de intervenção por eles realizados, assim como a avaliação dos acompanhantes terapêuticos acerca do fazem e que consideram ter como decorrência a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Tais categorias permitem a melhor visualização dos dados coletados para realização da interpretação dos mesmos. Além das categorias de análise, foram criadas subcategorias a partir da fala dos sujeitos entrevistados. Estas subcategorias possuem como objetivo conhecer o significado que cada entrevistado atribuí sobre o assunto pesquisado. Vale salientar que esta análise possui como finalidade avaliar a relação que o acompanhante terapêutico estabelece entre as intervenções realizadas com seu acompanhado e a promoção de autonomia do último. Para conseguir estabelecer esta relação as categorias e subcategorias serão apresentadas em uma tabela que permite a visualização do tema abordado, da categoria principal, das subcategorias e da ocorrência de cada subcategoria.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados coletados para realização desta pesquisa. Estes dados foram divididos em seis subcapítulos. São eles: acompanhamento terapêutico e autonomia, pré-requisitos para atuar como acompanhante terapêutico, caracterização do processo de acompanhamento terapêutico, procedimentos cotidianos realizados pelos acompanhantes terapêuticos, avaliação do processo de acompanhamento terapêutico e, por último, a caracterização do sujeito acompanhado.

4.1 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTONOMIA

A Tabela 2 foi construída a partir do conceito de autonomia apresentado pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados. A categoria principal desta tabela é o conceito de autonomia e suas subcategorias são: ampliação da rede social, contratualidade, poder de escolha, compreensão das influências que determinam o sujeito e mudança subjetiva.

Tabela 2 - Conceito de autonomia na concepção dos acompanhantes terapêuticos.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTONOMIA			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
C O N C E I T O D E A U T O N O M I A	Ampliação da rede social	“Pra mim autonomia é a pessoa perceber que ela pode contar com uma rede que possa ajudá-la, não sendo só a família. (...) E a gente quando diz que é falta de autonomia que os pacientes tem, é porque eles dependem só da família, então quando a gente diz que ampliar é isso, ela poder contar com as outras pessoas, com uma rede pra ajudar essa pessoa”. S2	2 (S2 e S5)
	Contratualidade	“Eu trouxe aqui outro exemplo porque não é só aumentar a rede de relações do sujeito, mas nessas redes de relações ele possa ter um novo poder de contrato, de negociação, mais poder, mais ação né? Porque se não a gente pode ampliar, mas a pessoa ta sempre infantilizada nessa outra rede de relações. A gente pode ampliar um monte de rede de relações do sujeito que ele não ta mais na televisão dele com seu pai, agora ele ta lá no clube, mas é tratado que nem uma criancinha, ta lá num sei aonde tratado que nem um debilóide”. S4	2 (S3 e S4)
	Poder de escolha	“(…) essa autonomia seria um poder de escolha onde ela possa escolher coisas onde ela se sinta bem assim, que possa fazer outras coisas assim...tipo ir em loja, poder comprar, ter um cartão de crédito no nome dela, sabe? Coisas comuns que a gente faz e que essas pessoas perdem um pouco disso né?” S1	1
	Compreensão das influências que determinam o sujeito	“(…) o conceito do Campos (...) fala que autonomia... porque a gente, o ser humano ele vive num ponto, num contexto de relações ou rede de influências, vamos dizer assim, históricas, sociais, políticas, subjetivas que influenciam nossa maneira de ser no mundo. Então a gente vive num contexto onde existe essas pré-determinações, mais autônoma é a pessoa que é capaz de compreender quais são essas determinações que influenciam a nossa maneira de ser, que nos constituem como sujeito”. S4	1
	Mudança subjetiva	“(…) então eu acho que sempre tem que colocar junto com esse conceito de autonomia essa dimensão de uma mudança subjetiva, de ter uma mediação clínica, um cuidado que possa fazer algumas modificações aí pra que realmente a autonomia aconteça né?”. S4	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da Tabela 2 pode-se verificar que dois dos acompanhantes terapêuticos entrevistados (S2 e S5) consideram como autonomia a ampliação da rede social do sujeito. S3 e S4 consideram autonomia o poder de contratualidade do sujeito, isto significa que quanto maior for o poder de negociação do sujeito nesta relação maior é o seu nível de autonomia. É importante perceber também que para S4 não basta apenas que haja uma ampliação da rede de relações, é preciso que esta ampliação seja qualificada e permita que o sujeito seja capaz de negociar e de ampliar sua atuação nesta rede. Segundo S4, não adianta ampliar a rede social do sujeito se este for tratado como uma criança ou como alguém incapaz. É possível perceber então que S4 faz uma crítica ao conceito em que se explicita apenas a ampliação da rede social dos acompanhados sem que haja uma preocupação de como se dá essa relação.

Além disso, os profissionais também apresentam como conceito de autonomia a ampliação do poder de escolha do sujeito. De acordo com S1, este poder de escolha representa que a pessoa acompanhada consiga escolher o que fazer, como por exemplo, conseguir escolher que lugares gostaria de frequentar. Os outros conceitos de autonomia foram apresentados por S4 e se relacionam com a compreensão que o sujeito tem acerca das influências que o determinam e com a mudança subjetiva do sujeito. O primeiro refere-se ao entendimento que o sujeito possui sobre de que forma o contexto em que ele está inserido influencia no seu modo de ser e de agir. Já o segundo se refere a uma mudança na maneira do sujeito se perceber e esta mudança de percepção seria possível a partir de uma mediação clínica.

Com base nas falas dos acompanhantes terapêuticos acerca do entendimento deles sobre o que é autonomia, é possível afirmar que a compreensão destes profissionais está diretamente relacionada ao conceito de autonomia defendido por Kinoshita (2001). Conforme já explicitado no marco teórico desta pesquisa, Kinoshita (2001) considera como autônoma a pessoa que possui uma rede social ampla que lhe permita construir novas possibilidades de atuação na sociedade. Cabe salientar, entretanto, que estas novas possibilidades de atuação na sociedade são fruto do desenvolvimento do poder de trocas, de negociação de um sujeito com esta sociedade e com as pessoas com quem ele estabelece relação (SARACENO, 2001). Deste modo, é possível afirmar que, assim como defende S4, a autonomia não se relaciona apenas com a ampliação da rede social, mas também com a qualificação desta ampliação, com o desenvolvimento do poder de trocas, de negociação material e/ou simbólica do sujeito com essa rede.

Sendo assim, parece ser papel do acompanhante terapêutico ampliar esse poder de negociação do sujeito acompanhado para que o último consiga expandir sua rede de relações.

Segundo Kinoshita (2001), o profissional, para conseguir ampliar a rede de relações da pessoa que ele acompanha, deve elaborar projetos e possibilitar ações que permitam mudanças nas condições de vida do sujeito. Ainda de acordo com o autor, seriam essas mudanças nas condições de vida do sujeito que iriam possibilitar o enriquecimento da subjetividade do mesmo, ou seja, a mudança na forma como este sujeito se percebe e se relaciona com a sociedade. De acordo com Kinoshita (2001) e Saraceno (2001), sobre o conceito de autonomia e objetivos desse conceito, pode-se pensar que talvez S4 seja o acompanhante que apresenta um conceito de autonomia que mais se aproxima do conceito utilizado por estes autores. Isto porque ao possibilitar que o acompanhado amplie seu poder de negociação em uma relação, isto poderá aumentar a rede de relações do sujeito e permitir que este consiga compreender que coisas, ou que fatores influenciam em sua maneira de ser e como consequência, poderá provocar uma mudança subjetiva neste acompanhado, na forma como ele se percebe. Entretanto, todos os outros entrevistados, S1, S2, S3 e S5 também apresentam fatores integrantes do conceito de autonomia de Kinoshita (2001) e Saraceno (2001), no que dizem considerar que seja autonomia como, por exemplo: ampliação da rede social, aumento do poder de contratualidade e desenvolvimento do poder de escolha.

Neste sentido, procurou-se então conhecer que intervenções os acompanhantes terapêuticos realizam que eles consideram ser promotoras de autonomia. A Tabela 3 apresenta como categoria principal as intervenções promotoras de autonomia e se subdivide em quatro subcategorias, são elas: fazer clínico, realizar treinos, estabelecer vínculo e mediar o relacionamento com outras pessoas.

Tabela 3 - Intervenções promotoras de autonomia.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTONOMIA			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
I N T E R V E N Ç Õ E S P R O M O T O R A S D E A U T O N O M I A	Fazer clínico	“Toda essa capacitação que a gente tem de um fazer clínico que tende a fazer com que o sujeito surja. (...) É sempre uma intervenção clínica né? O estar, a escuta e a palavra né?”. S4	3 (S1, S2, S4)
	Realizar Treinos	“De você fazer alguns treinos com essa pessoa, eu não sei se eu gosto muito dessa palavra, mas eu me sinto assim mesmo, fazendo um treino com essa pessoa, ajudando ela a pedir uma informação por telefone, que seja, lá da universidade, da escola, “ai, mas eu não consigo”, “não mas eu vou aqui do teu lado, vou aqui, tu ficou na dúvida eu to aqui pra te ajudar” (...). S2	2 (S2 e S3)
	Estabelecer Vínculo	“Eu acho que é esse vínculo que é criado, esse vínculo que é estabelecido entre o acompanhante e o acompanhado”. S1	1
	Mediar o relacionamento com outras pessoas.	“(…) o que o at vai fazer o tempo todo é essa mediação com outras pessoas, com outros dispositivos né? A realização de um projeto, de um sonho de um sujeito e etc, com a realidade, com os outros em volta dele”. S5	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 3 percebe-se que três dos acompanhantes entrevistados (S1, S2 e S4) elencaram como intervenções promotoras de autonomia o fazer clínico e S2 e S3 também apontaram a realização de treinos como uma intervenção que promove autonomia. Além disso, S1 também aponta o estabelecimento do vínculo como algo que irá permitir o desenvolvimento da autonomia do acompanhado e S5 considera ser a mediação que o acompanhante terapêutico realiza entre o acompanhado e outras pessoas como intervenção que promoverá autonomia.

De acordo com S1, S2 e S4, a intervenção denominada fazer clínico parece estar relacionada com as atividades voltadas para a escuta do sujeito, o apoio que é dado a este e as reflexões realizadas a partir das falas do acompanhado. Já a intervenção nomeada realizar treinos consiste, segundo S2 e S3, em auxiliar o acompanhado na execução de atividades práticas como: pegar um ônibus, pedir uma informação, comprar pão, dentre outras.

Com relação à intervenção denominada fazer clínico, é importante destacar, que este fazer clínico não parece diferir de outros fazeres realizados por outros psicólogos em outros contextos de intervenção. Ou seja, não parece ser uma intervenção exclusiva e/ou definidora do tipo de trabalho executado pelo acompanhante terapêutico. É possível pensar, contudo, que a diferença entre esse fazer clínico do acompanhante e do fazer clínico de outros psicólogos pode estar relacionada ao foco da intervenção realizada por estes profissionais. Deste modo, o fazer clínico de um acompanhante terapêutico pode ter um objetivo diferente do fazer clínico realizado por outros psicólogos.

Ainda sobre a subcategoria fazer clínico, parece haver uma similaridade entre as intervenções que envolvem este fazer (o estar, a escuta e a palavra) com os três elementos que Carvalho (2004a) aponta como facilitadores do desenvolvimento do poder de negociação do acompanhado e como consequência, o desenvolvimento da autonomia deste acompanhado. Estes elementos, como já citados nesta pesquisa, são: o *estar com*, *escutar a ação* e *propor/co-construir*. O *estar com*, é segundo Carvalho (2004a), a disponibilidade do acompanhante em participar da vida do acompanhado e o *escutar a ação* seria o acolhimento verdadeiro a essa pessoa que está sendo acompanhada, e um acolhimento não só do que é verbalizado, mas também do que é expresso em ações. É possível pensar então que esta disponibilidade e esse acolhimento é que possibilitam o desenvolvimento da intervenção denominada pela autora por *propor/co-construir*, pois somente a partir destes dois elementos seria possível propor e construir junto com o acompanhado seu projeto terapêutico e facilitar as mudanças no cotidiano deste acompanhado. Este *propor/co-construir* parece estar relacionado também ao que S5 denomina de mediar as relações dos sujeitos acompanhados com outras pessoas através da elaboração de um projeto de vida com este acompanhado. Contudo, a realização destas intervenções que desenvolvam a autonomia na pessoa acompanhada parece ser viável somente com o estabelecimento do vínculo. Neste sentido, pode-se pensar que o estabelecer vínculo seria o primeiro passo, seria um meio para possibilitar o a realização das intervenções promotoras de autonomia e todas essas intervenções seriam possibilitadas pela formação do vínculo entre acompanhante e acompanhado, conforme cita S1.

No que se refere à intervenção denominada por S2 e S3 de realizar treinos, esta parece estar relacionada com a intervenção de Mauer e Resnizky (*apud* PITIÁ; SANTOS, 2005c) nomeada servir como modelo de identificação para seu acompanhado. Isto porque, segundo Barreto (2005h), ao servir como um modelo de identificação para a pessoa acompanhada o acompanhante possibilitará que seu acompanhado vislumbre novas formas de atuação na sociedade. Baseando-se nisto, pode-se considerar que quando há um treino com o acompanhado destinado à realização de alguma atividade rotineira em que o acompanhante reflete e apresenta ao acompanhado novas possibilidades de atuação este acompanhado, através da identificação com seu acompanhante, irá conseguir, aos poucos, realizar novas atividades e assim criar outras maneiras de agir no mundo. Além disso, esta mediação também parece ter relação com um dos papéis que Barreto (2005f) afirma ser do acompanhante terapêutico que é a *apresentação de objeto*. Esta apresentação do objeto também diz respeito à apresentação de novas possibilidades de atuação da pessoa acompanhada, no entanto, este autor salienta que esta apresentação deve ser feita de modo que respeite as necessidades de cada acompanhado para que não seja despertada a angústia na pessoa acompanhada.

Partindo então das intervenções que os acompanhantes terapêuticos apresentaram como promotoras de autonomia, procurou-se conhecer quais são os critérios utilizados por estes acompanhantes para avaliar o desenvolvimento de autonomia no acompanhado. Deste modo, a Tabela 4 apresenta como categoria de análise os critérios utilizados pelos acompanhantes terapêuticos para avaliar a autonomia. Esta categoria se subdivide em quatro subcategorias, são elas: realizar atividades que antes não conseguia, ganhar um espaço subjetivo, mudança subjetiva e, por último, a avaliação do poder de negociação.

Tabela 4 - Critérios para avaliar autonomia.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTONOMIA			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
C R I T É R I O S P A R A A V A L I A R A U T O N O M I A	Realizar atividades que antes não conseguia.	“E do que eu percebo. É mais do que eu percebo porque a gente faz isso várias vezes, por exemplo, andar de ônibus, andar de ônibus é uma coisa que a gente vai fazendo pra treinar, treinar, mas chega uma hora que a pessoa ela consegue, ela mesma”. S2	2 (S2 e S5)
	Ganhar um espaço subjetivo.	“Eu acho que o critério que eu usei foi a partir da fala dela, das coisas que ela trazia pra mim, que aí eu podia ir percebendo que ela tava ganhando um espaço, vamos dizer como cidadã né?”. S1	1
	Mudança subjetiva	“as mudanças subjetivas que ele tem, se é uma ampliação dessa rede social, mas com uma qualificação dessa maneira de ele se perceber, é isso que a gente almeja, esse que é o indicador, na verdade. (...) e ele te coloca numa outra posição, não mais como pais, como aquele que tem o saber que vai resolver as coisas pra ele, não como aquele que questiona que persegue, não como aquele que vitimiza, que fica passando a mãozinha pra pessoa poder dar conta de sua própria função, de quem é ela”. S4	1
	Avaliação do poder de negociação.	“Exatamente tentar perceber esse nível de negociação se ele ta conseguindo ter com os outros né? Com esses grandes outros que nos cercam aí”. S3	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da Tabela 4 percebe-se que dois acompanhantes terapêuticos (S2 e S5) afirmaram utilizar o mesmo critério para avaliar ou reconhecer a autonomia na pessoa acompanhada. Segundo estes acompanhantes, é possível verificar o desenvolvimento de autonomia no acompanhado quando este consegue realizar atividades que, no início do processo de acompanhamento, não conseguia. S5 afirma ainda que a realização desta atividade que antes não conseguia desenvolver, vem acompanhada de uma dispensa do acompanhante terapêutico, conforme cita S5: *“Ela passou a se tratar sem a presença, o at em um certo momento não precisava mais ir com ela, ela ia sozinha no tratamento, ia voltava pra casa e num outro momento que ela precisou também de um outro tipo de tratamento de saúde, clínico, tinha um problema de coluna e tal, ela já foi sozinha. Ela nem precisou que o*

at fosse junto pra marcar consulta, para ter um contato com o médico e tal, quando o at soube ela já tinha ido, já tinha marcado consulta e tal e questões assim né?”.

Outros critérios que os entrevistados afirmam utilizar para observar a autonomia no acompanhado se relacionam, conforme cita S1, ao ganho de um espaço subjetivo por parte do acompanhado. Este espaço subjetivo ocorre quando o acompanhado consegue atuar como cidadão, quando ele consegue atuar mais efetivamente na sociedade em que vive. S4 relata perceber a autonomia de seu acompanhado através das mudanças subjetivas que essa pessoa apresenta. Estas mudanças estariam relacionadas à forma como o acompanhado se percebe e aos tipos de relações que ele estabelece. Ou seja, o acompanhado consegue se posicionar mais, consegue se ver como sujeito e não como um doente e em consequência disso consegue colocar o outro numa posição que não seja de uma autoridade, de alguém que detém o saber, conforme afirma S4. Já S3 destaca conseguir avaliar a autonomia de seu acompanhado por meio da análise da capacidade deste acompanhado em conseguir negociar com os outros, negociar nas relações que estabelece.

Com base nas falas dos acompanhantes entrevistados, é possível verificar que eles avaliam a autonomia do seu acompanhado a partir dos critérios existentes nos conceitos de autonomia que eles utilizam. Assim sendo, S1, por exemplo, afirma considerar que a autonomia é um poder de escolhas em que o sujeito pode escolher que coisas fazer e que lugares frequentar, e utiliza o surgimento de um espaço subjetivo para esse acompanhado como critério para avaliar autonomia no mesmo. Este espaço, contudo, deve permitir ao acompanhado atuar como cidadão na sociedade.

Outro exemplo, que demonstra a coerência entre o conceito de autonomia apresentado pelos entrevistados e os critérios que os mesmo utilizam para avaliar esta autonomia, pode ser verificado na fala de S2. S2 alega considerar que a autonomia está relacionada com a ampliação da rede social do acompanhado e que nessa ampliação ele perceba que pode contar com a ajuda de outras pessoas, e diz utilizar como critério para avaliar autonomia o acompanhado conseguir realizar atividades que antes não desenvolvia. É importante destacar que tanto S2 como S5 dizem utilizar o mesmo conceito de autonomia e o mesmo critério para avaliar o desenvolvimento dessa autonomia nas pessoas que acompanham. Pode-se pensar então, utilizando o conceito e critérios apresentados por S2 e S5, que ao conseguir realizar atividades que não conseguia realizar antes, o acompanhado conseguiu ampliar sua rede de relações e percebeu que pode contar com a ajuda de outras pessoas diferentes de seus familiares, por exemplo. Ou seja, ao ampliar sua rede de relações o sujeito pode, por exemplo, perceber que para pegar um ônibus pode pedir informação ao

cobrador e por isso não precisa mais que sua mãe o leve a um determinado local, conseguindo assim desenvolver atividades que antes pareciam impossíveis a ele e como consequência, ampliar sua autonomia.

Partindo do conceito de autonomia que os entrevistados apresentam, das intervenções que estes acompanhantes dizem realizar e consideram ser promotoras de autonomia e dos critérios que eles afirmam utilizar para avaliar o desenvolvimento de autonomia nas pessoas que acompanham; procurou-se saber se estes acompanhantes consideravam que o trabalho que realizam tem relação com a perspectiva da reabilitação psicossocial. Deste modo, a Tabela 5 apresenta quais as semelhanças que os acompanhantes dizem perceber entre o processo de acompanhamento terapêutico e a reabilitação psicossocial. Sendo assim, a Tabela 5 apresenta como categoria principal a reabilitação psicossocial e se subdivide em quatro subcategorias. São elas: autonomia, inclusão, ampliação das redes de relações e por último, estratégia clínica.

Tabela 5 - Acompanhamento Terapêutico e Reabilitação Psicossocial.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
R E A B I L I T Ç Ã O P S I C O S S O C I A L	Autonomia	“Consegue ter um nível de autonomia maior, ele consegue voltar a voltar não, a projetar algo pra vida dele, e aí ta ligado a reabilitação”. S3	3 (S2, S3, S5)
	Inclusão	“(…) mas essa é a função, inserir ela dentro da sociedade pra que ela consiga fazer algumas atividades do jeitinho dela, mas que ela possa se sentir melhor, que o aumento da qualidade de vida, isso é o que a reabilitação psicossocial propõe assim, essa inclusão”. S2	3 (S1, S2, S4)
	Ampliação das redes de relações	“(…) mas aumentar a rede de relações em direção ao exercício de cidadania do sujeito né? Então aumentar as trocas de mensagens, as trocas afetivas, as tocas materiais”. S4	2 (S4, S5)
	Estratégia clínica	“O acompanhamento terapêutico é uma estratégia que promove reabilitação psicossocial, é mais uma estratégia se não uma das mais importantes por estar realmente <i>in loco</i> assim (...)”. S4	2 (S3, S4)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da Tabela 5 é possível verificar que três (S2, S3 e S5) dos acompanhantes terapêuticos entrevistados afirmaram perceber que há uma semelhança entre o trabalho que

realizam e a reabilitação psicossocial no que se refere à autonomia. Segundo estes entrevistados, ao possibilitar que seus acompanhados consigam ampliar seu nível de autonomia torna-se possível elaborar um projeto de vida e isto é um objetivo da reabilitação, conforme cita S3. Outra semelhança apontada pelos acompanhantes terapêuticos entre o trabalho que estes realizam e o processo de reabilitação psicossocial tem relação com a promoção da inclusão da pessoa acompanhada. De acordo com S1, S2 e S4, o acompanhamento terapêutico possibilita a inserção da pessoa na sociedade, possibilita que ela consiga desenvolver algumas atividades e assim amplie sua qualidade de vida e esta é, segundo eles, uma proposta da reabilitação psicossocial. S4 e S5 apontaram ainda a ampliação das redes de relações como proposta de intervenção da reabilitação e objetivo do acompanhamento terapêutico. É importante perceber, com relação às subcategorias inclusão e ampliação das redes de relações, que ao promover a ampliação das redes de relações do sujeito acompanhado o acompanhante terapêutico parece possibilitar a inclusão do acompanhado. Entretanto, ao promover a inclusão do acompanhado esta não parece ter como consequência a ampliação das redes de relações do mesmo. Além disso, S3 e S4 afirmaram também que o acompanhamento terapêutico é uma estratégia clínica, segundo S3, umas das mais importantes estratégias clínicas que promove a reabilitação psicossocial.

Com relação às falas dos acompanhados, é possível perceber que todas elas englobam o que Pitta (2001) chama de sentido instrumental da reabilitação psicossocial. Isto, segundo a autora, significa que a reabilitação é composta por um conjunto de serviços e programas cujo objetivo é promover uma melhor qualidade de vida das pessoas com “problemas severos e persistentes” (PITTA, 2001 p.19). Com base neste conceito pode-se pensar que ao desenvolver uma estratégia clínica em que o profissional possa acompanhar o sujeito cotidianamente, conforme cita S3 e S4, isto poderá possibilitar que este acompanhado amplie suas redes de relações (S4 e S5). Ao ampliar esta rede de relações, o acompanhado poderá conseguir desenvolver uma maior autonomia (S2, S3 e S5). Como consequência dessa ampliação da autonomia, o acompanhante irá possibilitar a inclusão social do acompanhado que é o que a reabilitação psicossocial busca, conforme falam S1, S2 e S4.

É importante destacar ainda que possibilitar essa inclusão tem como objetivo maior restituir os direitos, as posições e possibilidades que o sujeito poderia desenvolver caso tivesse tido outras oportunidades (BERLOTE, 2001). Deste modo, segundo Berlote (2001), a reabilitação psicossocial consiste em atenuar ou remover as barreiras que impossibilitam a integração do sujeito em sua comunidade e como consequência, impedem que este sujeito consiga desenvolver sua cidadania. Sobre os modos de atenuar essas barreiras que

impossibilitam a integração do sujeito, Pitta (2001) afirma que a melhor técnica de reabilitação psicossocial é conseguir mesclar as necessidades do sujeito com as possibilidades que o contexto em que ele vive oferece. Assim sendo, pode-se inferir que S3 e S4 ao afirmarem que o acompanhamento terapêutico é uma das mais importantes estratégias clínicas da reabilitação psicossocial por poder agir *in loco* consideram que esta estratégia é a que abrange em maior grau as necessidades do sujeito e as possibilidades do contexto deste acompanhado. Isto porque o *setting* desta estratégia de intervenção pode ser a rua, a casa, o cinema, enfim, o *setting* de intervenção do acompanhamento terapêutico acompanha as necessidades e as possibilidades do acompanhado.

Sendo assim, pelo fato de o acompanhamento terapêutico ser uma estratégia de reabilitação psicossocial que exige a disponibilidade de atuar nestes variados *setting*, que busca promover a inclusão e a ampliação da autonomia do sujeito, além de aumentar sua rede de relações tornou-se necessário saber quais as características os profissionais precisam possuir para atuarem como acompanhantes terapêuticos. Deste modo, serão apresentadas, no subcapítulo seguinte, quais as características os acompanhantes entrevistados apontaram como importantes uma pessoa possuir para atuar como acompanhante terapêutico.

4.2 PRÉ-REQUISITOS PARA ATUAR COMO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO.

A Tabela 6 foi construída com base nas falas dos acompanhantes terapêuticos entrevistados sobre o que estes consideram ser características necessárias para uma pessoa trabalhar como acompanhante terapêutico. Deste modo, a Tabela 6 apresenta como categoria principal as características para atuar como acompanhante e possui oito subcategorias. São elas: qualificação profissional, psicoterapia e/ou supervisão clínica, paciência, funcionar como suporte, saber escutar, disposição, compromisso ético e outras.

Tabela 6 - Características para atuar como acompanhante.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
C A R A C T R Í S T I C A S P A R A A T U A R C O M O A C O M P A N H A N T E	Qualificação profissional	“Acho que precisa ter uma boa formação, uma formação que seja consistente, que te permita manejar esse princípio da clínica que é o da singularidade”. S5	3 (S1, S4, S5)
	Psicoterapia e/ou supervisão clínica	“(…) por isso é muito importante que você tenha um suporte pra si, analista, psicoterapeuta ou e um supervisor. Porque você muitas vezes vai ter as suas vontades e você tem que cuidar pra não dar um passo maior do que aquele paciente consegue dar”. S2	2 (S2 e S3)
	Paciência	“(…) muita paciência também, porque muitas vezes você vai repetir muitas coisas, muitos caminhos”. S2	1
	Funcionar como suporte	“(…) vai funcionar então como suporte, ele tem que perceber que tu tá ali pra ajudar ele, que você vai ser um suporte pra ele, (…)”. S2 “Primeira coisa é saber escutar, saber escutar o que a pessoa tá falando, não no sentido só de “bom ele tá colocando palavras pra fora e eu to compreendendo”, não, entender a importância disso praquela pessoa, não desconsiderar nada do que a pessoa fala, saber que aquilo que ela tá falando é importante pra ela em algum sentido”. S3	1
	Saber escutar	“(…) vai funcionar então como suporte, ele tem que perceber que tu tá ali pra ajudar ele, que você vai ser um suporte pra ele, (…)”. S2 “Primeira coisa é saber escutar, saber escutar o que a pessoa tá falando, não no sentido só de “bom ele tá colocando palavras pra fora e eu to compreendendo”, não, entender a importância disso praquela pessoa, não desconsiderar nada do que a pessoa fala, saber que aquilo que ela tá falando é importante pra ela em algum sentido”. S3	1
	Disposição	“Acho que essa pessoa tem que ter essa disposição de percorrer esses caminhos que não são do da vida ordinária, do da vida comunitária e tal. Acho que quem não tem essa disponibilidade não pode trabalhar com saúde mental”. S5	1
	Compromisso ético	“(…) tenha que ter um compromisso muito intenso com aquilo que você tá fazendo. Você tem que ter um princípio ético muito claro que é o que, na verdade, organiza uma clínica”. S5	1
Outras	“Então tem características pessoais de possibilidade de acolhimento, de continência, de empatia, algumas características que são importantes pra qualquer profissional de saúde”. S4	2 (S3 e S4)	

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 6 é possível verificar que três dos acompanhantes entrevistados (S1, S4 e S5) destacaram que a qualificação profissional é um componente importante para atuação do profissional que realiza acompanhamento terapêutico. S2 e S3 destacaram ainda que para exercer um trabalho de qualidade é importante que o profissional faça psicoterapia e possua supervisão clínica. De acordo com S2, esta supervisão é

importante para que o acompanhante não tente “passar por cima” das dificuldades de seu acompanhando desrespeitando suas possibilidades e necessidades. S3 e S4 apontaram também outros aspectos que o profissional precisa desenvolver para atuar como acompanhante terapêutico. São eles: acolhimento, continência e empatia. Segundo S3 e S4, essas características são importantes não apenas para a atuação como acompanhante terapêutico, mas também para a atuação em qualquer área da saúde.

Além disso, S2 enfatizou que é necessário ter paciência e funcionar como um suporte para a pessoa acompanhada. Segundo S2, o acompanhado precisa perceber que o acompanhante vai ajudá-lo em suas dificuldades. Com relação à paciência, S2 afirma que esta é uma característica necessária, pois muitas vezes o acompanhante terá que repetir diversas vezes algumas atividades realizadas com o acompanhado. Outras características também foram enfatizadas por S3 e S5. Conforme cita S3, a primeira característica que um acompanhante precisa possuir é saber escutar e essa escuta, segundo S3, deve ser um escuta que busca mais do que entender o que o sujeito fala e sim compreender o significado, a importância que aquele conteúdo tem para o sujeito acompanhado. S5, por sua vez, além de falar sobre a importância da qualificação profissional, relata que o acompanhante precisa ter disposição e compromisso ético com o que faz. Quando se refere à disposição, S5 afirma que esta seria uma disposição para conhecer e percorrer um mundo diferente do mundo que a sociedade estabelece como normal e talvez se possa pensar que por isso ele destaca o compromisso ético como importante. Isto porque parece ser importante haver um compromisso ético intenso, como cita S5, para que o acompanhante consiga ter disponibilidade para percorrer esse mundo que a sociedade denomina de loucura.

A partir do que os sujeitos entrevistados apresentam como pré-requisitos para atuar como acompanhantes terapêuticos, pode-se afirmar que há uma semelhança entre a fala dos entrevistados e o que os autores apontam como características necessárias para trabalhar como acompanhante terapêutico. Isto porque estes autores também salientam as seguintes características necessárias para atuar como acompanhante terapêutico: ter maturidade, compromisso, conhecer os conceitos básicos da teoria que utiliza, adaptar-se às situações inesperadas que podem surgir, ser tolerante às frustrações, ter disciplina, ser simpático e ser imparcial, ser ético, possuir uma relação terapêutica de qualidade, estar lado a lado do acompanhado e ser continente (BALVEDI, 2003; CARVALHO, 2004b; EGGERS apud CRUZ et al, 2003; MAUER; RESNIZKY *apud* PITIÁ; SANTOS, 2005c; ZAMIGNANI; WIELENSKA, 1999). Vale destacar, entretanto, que algumas destas características apresentadas pelos entrevistados e pelos autores não parecem ser exclusivas do

acompanhamento terapêutico, conforme já dito no marco teórico desta pesquisa. Como exemplo destas características pode-se citar: a maturidade e o compromisso. Isto porque estas características parecem ser importantes também para a execução e sucesso de outros trabalhos além do acompanhamento terapêutico. Deste modo, parece haver uma dificuldade tanto dos entrevistados quanto dos autores em apontar características definidoras do profissional que atua como acompanhante terapêutico, características que diferenciam este acompanhante de outros profissionais.

Com relação à característica apresentada por S2 denominada funcionar como suporte, esta parece estar relacionada com o que Carvalho (2004b) cita sobre estar lado a lado da pessoa acompanhada. Segundo a autora, o estar lado a lado representa estar junto com o acompanhado experimentando com ele as situações em que ele costuma se sentir coagido, ameaçado e inibido ajudando-o a ter atitudes diferentes, desde as mais simples às mais complexas.

No que se refere à qualificação profissional, característica defendida por S1, S4 e S5, esta parece estar implícita no que Zamingnani e Wielenska (1999) denominam de conhecer os conceitos básicos da teoria que o acompanhante terapêutico utiliza e possuir uma relação terapêutica de qualidade. De acordo com esses autores, é de grande importância que o acompanhante terapêutico saiba quais são os objetivos das intervenções que realizam e ainda conhecer os conceitos da teoria em que se baseiam suas intervenções. Sobre a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre acompanhante e acompanhado, Zamingnani e Wielenska (1999) afirmam que é necessário que o acompanhante saiba como lidar com os sentimentos dos acompanhados e as circunstâncias que geraram estes sentimentos para assim, responder a estes sentimentos de forma terapêutica e não emocional. Estes autores citam ainda que para evitar que haja um prejuízo da qualidade da relação terapêutica estabelecida, é importante que o acompanhante terapêutico tenha uma supervisão clínica em que possa analisar os sentimentos presentes na relação que estabelece com seu acompanhado e nas intervenções que realiza. Esta necessidade de ter uma supervisão clínica também foi ressaltada por S2 e S3 como uma característica importante para atuar como acompanhante terapêutico.

Com relação às características citadas pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados, denominada paciência e disposição estas parecem estar vinculadas com as seguintes características apontadas por Cruz et al.(2003): capacidade e tolerância às frustrações, adequar-se às situações inesperadas que podem surgir. Ou seja, ao se pensar em um acompanhante terapêutico paciente é possível imaginar um profissional que saiba lidar

com as frustrações ocorridas no processo de acompanhar, que saiba lidar com as dificuldades do acompanhado e auxiliá-lo quantas vezes for necessário na realização de alguma atividade. Do mesmo modo, ao se pensar em um acompanhante terapêutico que esteja disposto a auxiliar seu acompanhado, é possível pensar em um profissional que consiga se adaptar às situações inesperadas que podem surgir no processo de acompanhar, e de conhecer o “mundo” de seu acompanhado.

A partir dessas características denominadas paciência e disposição, pensar o compromisso que envolve esse processo é quase inevitável. Isto porque parece ser complicado ter paciência, disposição e não ter compromisso com o trabalho que desenvolve, pois esta falta de compromisso poderá afetar toda a qualidade do acompanhamento em si. Assim sendo, o compromisso do acompanhante está ligado ao fato de este profissional servir de modelo para seu acompanhado e representar para ele a esperança, conforme cita Balvedi (2003). É possível pensar que esta esperança do acompanhado em relação ao acompanhante se refere ao fato de o acompanhante, através das intervenções realizadas por seu acompanhante, conseguir atuar como cidadão e como consequência, melhorar sua qualidade de vida. Cabe salientar, entretanto, que não basta que o acompanhante seja apenas compromissado com o trabalho que realiza, mas também que seja ético. Esta ética, segundo Zamignani e Wielenska (1999), significa o acompanhante não realizar alianças terapêuticas com outras pessoas envolvidas no processo de acompanhamento como familiares, equipe que atende, entre outras. Além disso, esta ética também está relacionada com a responsabilidade dos acompanhantes sobre as intervenções que realizam e ainda, conflitos que envolvem o direito à privacidade do acompanhado e às necessidades terapêuticas deste (ZAMIGNANI; WIELENSKA, 1999).

Sobre a subcategoria “outras”, os autores (CRUZ *et al.*, 2003; MAUER; RESNIZKY *apud* PITIÁ; SANTOS, 2005c) assim como S3 e S4 defendem a simpatia, continência e disciplina como características importantes para atuar como acompanhante terapêutico. A partir então destas características apresentadas e consideradas necessárias para atuação do acompanhante, buscou-se, através das entrevistas realizadas, caracterizar o processo de acompanhamento terapêutico. Esta caracterização será apresentada no próximo tópico.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Neste tópico será apresentada a caracterização do processo de acompanhamento terapêutico, construída a partir da fala dos sujeitos entrevistados. Deste modo, as categorias que serão analisadas neste subcapítulo são: objetivos do acompanhamento terapêutico, função do acompanhante e o referencial teórico utilizado.

Sendo assim, a Tabela 7 possui como categoria principal os objetivos do acompanhamento terapêutico e se subdivide em cinco subcategorias. Essas subcategorias são: promover o desenvolvimento da autonomia, construir o projeto de vida, possibilitar a inclusão social, possibilitar o reposicionamento subjetivo e refletir sobre suas dificuldades.

Tabela 7 - Objetivos do acompanhamento terapêutico.

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
O B J E T I V O S	Promover o desenvolvimento de autonomia	“(…) é um ganho de autonomia, porque geralmente são pessoas que tem muita dependência da família pra tudo. Total assim da família, especialmente pai e mãe. Então ganho de autonomia”. S2	3 (S1, S2, S4)
	Construir o projeto de vida	“(…) construir um projeto, projeto de vida com o acompanhado e viabilizar esse projeto. (...) Mas pra mim o objetivo geral é esse né? Justamente poder organizar esse projeto que é um, obviamente, cuja dimensão vai depender muito de cada caso né?”. S5	3 (S3, S4, S5)
	Possibilitar a inclusão social	“Inclusão na cidade, na sociedade...” S2	1
	Possibilitar o reposicionamento subjetivo.	“(…) é um reposicionamento subjetivo do sujeito frente a sua relação com o mundo, a relação que ele estabelece com outras pessoas e a relação que ele tem com a sua história. (...) mas fazendo ele pensar que posição ele ocupa nas relações que ele estabelece, dando um sentido pra isso que ele vivencia né? Pra ele poder compreender...” S4	1
	Refletir sobre suas dificuldades	“ele vai trazer como sofrimento, como algo que ele gostaria de mudar, como algo que ele acha que é deficiente nele, que ele não consegue fazer e tem o desejo de fazer, mas por conta de diversos problemas ele não consegue aí sim ta sendo o acompanhante dele nessa caminhada né? De ta pensando junto com ele, ta refletindo junto com ele e com isso ta permitindo né? Um momento de reflexão da parte dele (...)”. S3	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Verifica-se então, a partir da Tabela 7, que três dos cinco acompanhantes entrevistados (S1, S2 e S4) consideram a promoção de autonomia como um dos objetivos do acompanhamento terapêutico. É importante destacar que para S1 este é o principal e talvez o único objetivo do trabalho de acompanhamento, pois ela não aponta nenhum outro objetivo ao longo da entrevista.

No que se refere ao objetivo “construir o projeto de vida”, também se observa que três dos acompanhantes entrevistados (S3, S4 e S5) concordam que esta seja uma das finalidades do acompanhamento terapêutico. Segundo os acompanhantes entrevistados, a construção deste projeto de vida deve ser feita junto com a pessoa acompanhada e deve

respeitar as especificidades de cada caso. Além disso, eles enfatizam, assim como cita S5, que não basta apenas construir o projeto de vida, mas o acompanhante precisa viabilizar a realização deste projeto.

As outras subcategorias enfatizadas também como objetivos do acompanhamento terapêutico são: possibilitar a inclusão social, possibilitar o reposicionamento subjetivo e refletir sobre suas dificuldades. Estes objetivos foram apresentados por S2, S4 e S3 respectivamente. Pode-se pensar, a partir da fala de S2, que o acompanhamento terapêutico por possuir como *setting* terapêutico a cidade, enfim os locais em que estão inseridas as dificuldades do acompanhado, permite que seus acompanhados voltem a circular neste espaço social e como consequência, viabiliza a inclusão social deste acompanhado. Sobre possibilitar o reposicionamento subjetivo do acompanhado, S4 defende que o acompanhamento terapêutico deve proporcionar à pessoa acompanhada a compreensão de que posição ela ocupa nas relações que estabelece e além disso, deve permitir que a pessoa consiga dar um sentido às situações que vivencia. S3 destaca também a importância de possibilitar, durante o processo de acompanhamento, que o sujeito acompanhado reflita sobre as suas dificuldades, sobre seus problemas, no sentido de ele tentar compreender porque não consegue realizar algumas atividades. Parece ser a partir dessa reflexão ou juntamente com ela que o acompanhado irá conseguir elaborar, com o auxílio do acompanhante o seu projeto de vida.

Percebe-se então que estes objetivos apresentados pelos acompanhantes entrevistados estão diretamente relacionados ao que a teoria afirma ser finalidade do processo de acompanhamento terapêutico. Por exemplo, quando S2 cita que o acompanhamento terapêutico tem como finalidade possibilitar a inclusão social da pessoa acompanhada, sua fala vai ao encontro do que defende Pitiá e Santos (2005c), pois de acordo com esses autores, o acompanhamento terapêutico tem como objetivo possibilitar o resgate social da pessoa acompanhada. Para isto, é importante que haja uma circulação na cidade para que o acompanhado, por meio das intervenções realizadas por seu acompanhante, consiga minimizar os efeitos causados pela estigmatização da sociedade a essas pessoas com sofrimento psíquico (PITIÁ; SANTOS, 2005c). Estes autores afirmam ainda que são esta circulação social e esta inclusão que irão permitir o desenvolvimento da autonomia na pessoa acompanhada. Isto porque ao permitir que o acompanhado consiga conviver na sociedade ele irá conseguir desenvolver sua criatividade e conseguirá atuar na mesma apesar das dificuldades que possui.

Além disso, Pitiá e Santos (2005d) referem que o acompanhante terapêutico deve auxiliar seu acompanhado a significar aquilo que ele expressa como sofrimento, ou seja, deve

auxiliar seu acompanhado a estabelecer uma nova relação entre ele e sua história, a sociedade em que vive e suas dificuldades. Talvez, ao conseguir significar seu sofrimento, o acompanhado consiga refletir sobre que posição ele ocupa nas relações que estabelece, possibilitando dar um novo sentido a estas relações e este é, segundo S4, um dos objetivos do acompanhamento terapêutico. Esta nova maneira de significar o sofrimento parece possibilitar que o acompanhado reflita sobre as suas dificuldades e, a partir daí, consiga elaborar seu projeto de vida, conforme propõe S3, S4 e S5.

Partindo do que os acompanhantes terapêuticos apontaram como objetivos desta *clínica da cidade*, procurou-se saber o que estes profissionais consideram ser função do acompanhante terapêutico. Sendo assim, a Tabela 8 apresenta como categoria principal a função do acompanhamento terapêutico e possui as seguintes subcategorias: apoiar, intervir de modo a respeitar as necessidades e organizar as relações.

Tabela 8 - Função do acompanhante.

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE	Apoiar	“(…) dar um apoio né? Acho que ele dá um apoio, dá uma segurança, e ele consegue intervir em alguns momentos que a pessoa precise (…)”. S1	2 (S1, S3)
	Intervir de modo que respeite as necessidades	“Acompanhar o sujeito de acordo com as necessidades dele. Tem sujeitos que não saem do quarto, então você vai ficar ali no quarto dele até ele conseguir, ele querer, ele ver que é importante pra ele sair, seja circular na sua casa”. S2	2 (S2, S4)
	Organizar as relações	“(…) função do acompanhante é poder organizar as coisas, as condições, as relações. Ou seja, toda a circulação que o sujeito precisa ter pra que ele possa implementar esse projeto (…)”. S5	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 8, é possível observar que S1 e S3 consideram ser função do acompanhante terapêutico apoiar a pessoa acompanhada. Segundo S1, este apoio se refere a possibilitar que o acompanhado se sinta seguro, por exemplo, durante a execução de alguma atividade. Outra função do acompanhante terapêutico apontada por S2 e S4 diz respeito ao acompanhante realizar intervenções que respeitem as necessidades do sujeito acompanhado. Segundo estes entrevistados, é importante que o acompanhante não permita que sua ansiedade e vontade, de que o acompanhado realize alguma atividade, passe por cima das possibilidades e necessidades deste sujeito.

Além disso, S5 também destaca a organização das relações do acompanhado como uma função do profissional que realiza acompanhamento terapêutico. De acordo com S5, somente a partir da organização do modo como o acompanhado estabelece relações, do modo como ele circula pela sociedade é que será possível estabelecer e viabilizar o projeto terapêutico deste acompanhado. É possível pensar então que esta organização das relações está vinculada à organização do cotidiano do sujeito acompanhado, à sua forma de atuação na sociedade, na família e nas atividades que realiza. Sluski (*apud* CARVALHO, 2004b) enfatiza, entretanto, que para que haja uma organização das relações do acompanhado é

necessário que o acompanhante faça um mapeamento das relações que este acompanhado estabelece. Pois é a partir deste mapeamento e da compreensão dessas relações que o acompanhante vai conseguir perceber quais as mudanças devem ocorrer nestas relações, seja no sentido de ampliá-las, ativá-las ou desativá-las, conforme já explicitado no marco teórico desta pesquisa (SLUSKI *apud* CARVALHO, 2004b). Como consequência dessa organização das relações do acompanhado, Carvalho (2004b) destaca que a função do acompanhante terapêutico é melhorar a qualidade das trocas sociais, das relações sociais que a pessoa acompanhada estabelece.

Com relação à função denominada por S2 e S4 de intervir de modo a respeitar as necessidades do sujeito, esta parece possuir relação com o que Safra (2006) nomeia diagnóstico das necessidades fundamentais do acompanhado. De acordo com Safra (2006), é através do levantamento das necessidades fundamentais do acompanhado que o acompanhante irá conseguir possibilitar um lugar ético e constitutivo para o acompanhado e é a partir deste lugar que será possibilitado ao acompanhado desenvolver outras formas de atuação na sociedade. Pode-se pensar ainda que esta função está diretamente vinculada à função de apoiar, apresentada por S1. Isto porque parece que ao respeitar as necessidades da pessoa acompanhada, o acompanhante consegue compreender quais são as dificuldades e sofrimentos apresentados por ela e consegue acolhê-los verdadeiramente. Este acolhimento, este apoio, poderão proporcionar uma segurança no acompanhado e possibilitar a construção deste lugar ético constitutivo, apresentado por Safra (2006), que possibilitará que o acompanhado, aos poucos, realize atividades que antes considerava impossíveis.

A fim de caracterizar melhor o processo de acompanhamento terapêutico, procurou-se conhecer também qual o referencial teórico que os acompanhantes entrevistados utilizam para basearem suas intervenções. Deste modo, a Tabela 9 apresenta os principais referenciais teóricos que os entrevistados relataram utilizar e se subdivide em duas subcategorias. São elas: psicanálise e sistêmica.

Tabela 9 - Referencial teórico utilizado.

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
R E F E R E N C I A L T E Ó R I C O	Psicanálise	“O meu referencial teórico é a psicanálise, então as minhas supervisões tinham esse viés, essa perspectiva”. S5	5
	Sistêmica	“Olha eu na verdade tinha... como eu fiz, durante muito tempo eu fiz terapia, eu fiz uns dez anos pra mais, eu tinha muito a base da minha terapia que era na linha sistêmica”. S1	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Verifica-se, a partir da Tabela 9, que todos os acompanhantes entrevistados afirmam utilizar a psicanálise como referencial que baseia as intervenções realizadas durante o processo de acompanhamento. S1, entretanto, afirma que apesar de sua equipe de supervisão ter um viés psicanalítico, ela também se baseou no referencial teórico da teoria sistêmica para realizar suas intervenções. Esta resposta dos acompanhantes e preferência deles pelo referencial teórico da psicanálise, vai ao encontro da pesquisa realizada por Carvalho (2004c) em que 68,8% dos acompanhantes terapêuticos que responderam ao questionário, afirmaram utilizar a psicanálise como referencial teórico. Ou seja, dos trinta e dois acompanhantes que responderam ao questionário, vinte e dois afirmaram utilizar apenas a psicanálise como referencial teórico e sete relataram utilizar a psicanálise juntamente com outras abordagens, como por exemplo, psicanálise e fenomenologia existencial. A partir disso é possível pensar, será que há um investimento maior da psicanálise em estudar sobre acompanhamento terapêutico? Será esta abordagem a que melhor se adéqua a este tipo de estratégia clínica? Ou será que os acompanhantes psicanalistas são os que mais publicam sobre os acompanhamentos que realizam? Será que há outros profissionais realizando acompanhamento terapêutico e publicando sobre seu trabalho, mas utilizando uma outra denominação para esta prática?

A partir dessa caracterização do processo de acompanhamento terapêutico, construída por meio das falas dos acompanhantes terapêuticos sobre esta estratégia clínica, procurou-se saber quais são os procedimentos cotidianos que os acompanhantes terapêuticos realizam. Deste modo, serão apresentados no próximo tópico os principais procedimentos realizados pelos acompanhantes terapêuticos.

4.4 PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS

Os procedimentos cotidianos realizados pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados foram separados por categorias. São elas: procedimentos iniciais, estabelecimento de contrato, tipos de limite, proposta de intervenção, estratégias de intervenção, saídas, frequência e duração.

Desta maneira, a Tabela 10 apresenta como categoria principal os procedimentos iniciais realizados pelos acompanhantes terapêuticos e foi dividida em dez subcategorias. Estas subcategorias são: indicação da equipe que atende, reunião com a equipe, mediação da equipe/instituição, reunião com a equipe, família e/ou acompanhado, primeiro encontro na instituição, primeiro encontro na casa do acompanhado, conhecimento da instituição e possíveis acompanhados, construção do projeto terapêutico, escolha do acompanhado, agendamento e espera do primeiro encontro,.

Tabela 10 - Procedimentos iniciais realizados pelos acompanhantes terapêuticos.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
P R O C E D I M E N T O S I N I C I A I S	Indicação da equipe que atende	“Foi assim a pessoa lá do CAPS indicou, conversou com o pessoal lá do instituto (...)”. S3	3 (S1, S2, S3)
	Reunião com a equipe	“(…) Aí a gente combina e daí lá (consultório do psiquiatra) ele me fala mais sobre esse paciente, pergunta o máximo do meu trabalho e ele, e a gente...eu vou falando como eu poderia ta ajudando esse paciente, com o at, e ele vai conversando comigo pra ver também o que ele acha que é uma boa idéia, que ele percebeu,(...)”. S2	2 (S2, S3 e S5)
	Mediação da equipe/instituição	“Quando ele sugeriu (CAPS) ele já tinha conversado com ela e perguntou se ela queria ai ela disse que sim e aí teve o primeiro contato entre eu e ela, meu e dela”. S1	3 (S1, S2, S3)
	Reunião com equipe, família e/ou acompanhado	“Daí depois a gente marca uma segunda reunião com a família já e com o paciente. Tem famílias que preferem ir só o pai e a mãe”. S2	2 (S2 e S5)
	Primeiro encontro na instituição	“Ele fez essa mediação (CAPS). Aí marcou o dia, o horário, e eu fui até o CAPS (...)”. S3	2 (S1, S3)
	Primeiro encontro na casa do acompanhado	“E aí a gente marca o primeiro encontro, eu geralmente vou na casa da pessoa no início”. S2	1
	Conhecimento da instituição e possíveis acompanhados	“(…) a gente pedia para as pessoas que se propunham fazer o AT é que eles viessem freqüentar algumas atividades do serviço, primeiro pra conhecer a lógica de funcionamento do serviço né? E em segundo lugar pra poder, (...) pra poder conhecer os próprios pacientes que seriam potencialmente acompanhados”. S5	1
	Construção do projeto terapêutico	“E a partir daí o estagiário, o at começava a procurar a construção do projeto. Não era prévio. Algumas vezes como a equipe já tinha uma noção do paciente havia indicações “precisamos trabalhar isso com essa pessoa”, então o at já vinha com uma certa idéia do que era necessário (...)”. S5	1
	Escolha do acompanhado	“Aí a gente optou pra fazer esse acompanhamento com o paciente com diagnóstico de esquizofrenia, que não conseguia ter essa interação com os outros né?” S3	1
	Agendamento e espera do primeiro encontro	“Eu só agendo com a pessoa, na verdade, e espero conhecê-la. (...) Eu te espero nesse horário, eu não fico, não sei estudando, me preparando, fazendo nada.” S4	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 10, é possível verificar que três dos acompanhantes entrevistados (S1, S2 e S3) afirmam que são indicados pela equipe que atende o possível acompanhado para realizarem com este sujeito o processo de acompanhamento terapêutico. A partir desta indicação para realização do acompanhamento terapêutico, S2, S3 e S5 afirmam agendar uma reunião com esta equipe que atende o sujeito que está sendo indicado para acompanhamento terapêutico. Vale lembrar que S5 trabalha em uma instituição de saúde mental e nesta instituição ele também supervisionava os estagiários que realizavam acompanhamento terapêutico no local. De acordo com S2, S3 e S5, esta reunião com a equipe acontece para permitir que o acompanhante conheça um pouco mais sobre o sujeito que irá acompanhar e, além disso, discuta com essa equipe quais as possibilidades de trabalho com este sujeito.

S1, S2 e S3 destacaram ainda que é a equipe que indica o sujeito para o acompanhamento terapêutico que media esta relação. Ou seja, é a equipe que entra em contato com o futuro acompanhado e explica sobre a possibilidade de realização do trabalho de acompanhamento terapêutico com ele e pergunta se o mesmo aceita participar deste trabalho. Após esta conversa com o possível acompanhado, S2 e S5 afirmam agendar uma reunião entre eles, a equipe, o acompanhado e sua família. Nesta reunião, segundo S2 e S5, é explicado mais uma vez como funciona o serviço de acompanhamento terapêutico e é estabelecido o contrato de trabalho. Com relação ao primeiro encontro propriamente dito entre acompanhante e acompanhado, S1 e S3 disseram que este encontro acontece na própria instituição que indicou o acompanhamento terapêutico. Já S2 relata realizar o primeiro encontro do acompanhamento terapêutico na casa do acompanhado.

É importante pontuar ainda que S5 relata, que em casos de acompanhamentos terapêuticos que são indicados por uma instituição, é importante que o acompanhante passe a freqüentar essa instituição para conhecer um pouco mais sobre o funcionamento da mesma. Além disso, S5 afirma que é após a reunião realizada entre acompanhante, equipe, acompanhado e sua família que o estagiário inicia a construção do projeto terapêutico de seu acompanhado.

No caso de S3, que realizou acompanhamento terapêutico com uma pessoa que freqüentava um CAPS, ela disse ter ido até a instituição e lá ficou sabendo quais eram as pessoas indicadas para participar deste tipo de trabalho. A partir disso, precisou escolher quem gostaria de acompanhar. Segundo S3, esta escolha do acompanhado foi feita juntamente com o supervisor da mesma.

Com relação a S4, este afirma apenas agendar o acompanhamento quando este serviço é solicitado, e aguardar o dia do primeiro encontro com este acompanhado. Segundo S4, ele não realiza nenhum outro procedimento desde a solicitação do acompanhamento terapêutico até o primeiro encontro propriamente dito.

É possível pensar então, a partir da fala desses acompanhantes que ao realizarem uma reunião com o acompanhado explicando o objetivo do acompanhamento terapêutico, ao questionarem se ele possui algum interesse em participar deste trabalho e acordar com ele questões referentes ao contrato de trabalho, estes acompanhantes estão, de algum modo, possibilitando o desenvolvimento do poder de contratualidade do acompanhado. Isto porque ao verificarem o interesse do acompanhado em participar de um processo de acompanhamento terapêutico e estabelecer junto com ele o contrato de trabalho, já permitem que o acompanhado se posicione nesta relação, fornecendo-lhe um lugar de alguém que é capaz de refletir sobre seu próprio tratamento (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005). E isto vai ao encontro do que os serviços que atuam sob a perspectiva da reabilitação psicossocial buscam, que é o investimento do poder de trocas no poder de negociação da pessoa com sofrimento psíquico, visando a minimização do sofrimento da mesma (KINOSHITA, 2001).

Ademais, parece haver ainda, pelo menos inicialmente, um diálogo com a equipe que atende o acompanhado e sua família. Este diálogo, conforme já destacado no marco teórico desta pesquisa, é considerado pelos autores como uma prática essencial, visto que, em muitos casos, o acompanhante terapêutico funciona também como um elo entre o acompanhante e sua família e o acompanhante e equipe que lhe atende (SIMÕES; KIRSCHBAUM, 2005; BRANDÃO, et al. 2006).

A partir da descrição dos acompanhantes terapêuticos acerca dos procedimentos iniciais deste trabalho, procurou-se saber mais detalhadamente de que maneira se dá o estabelecimento de contrato do acompanhamento terapêutico. Deste modo, a Tabela 11 apresenta como categoria principal o estabelecimento de contrato e se subdivide em três subcategorias. São elas: estabelecido com o acompanhado, estabelecido com a família e estabelecido com a equipe que atende o acompanhado.

Tabela 11 - Estabelecimento do contrato terapêutico.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
E S T A B E L E C I M E N T O D E C O N T R A T O	Estabelecido com o acompanhado	“A gente combinou horários, e ele disse sim, que gostaria que ele sentia falta de uma pessoa pra conversar, que escutasse ele, enfim. Foi diretamente com ele”. S3	5
	Estabelecido com a família	“(…) normalmente envolve o acompanhante e o acompanhado, a sua família, quando tem, quando ela tá presente”. S5	2 (S4, S5)
	Estabelecido com a equipe que atende o acompanhado	“E, em algumas situações, a gente tenta acordar também com a equipe. Com a equipe do CAPS que já acompanha o paciente, que já tem contato com ele e tal e procura promover, pelo menos, alguns encontros entre o at e equipe”. S5	2 (S2, S5)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 11 é possível verificar que todos os acompanhantes terapêuticos entrevistados dizem estabelecer o contrato terapêutico com o sujeito acompanhado. S4 e S5 afirmam ainda que quando a família está presente no momento em que está sendo estabelecido o contrato terapêutico com o acompanhado, tal contrato também é acordado com a família. S5 afirma ainda, juntamente com S2, que o contrato também é acordado com a equipe que atende o acompanhado e, segundo S5, tenta-se promover alguns encontros entre o acompanhante e a equipe para que haja uma conversa sobre o andamento e desenvolvimento do caso.

Percebe-se, através das falas dos acompanhantes, o quanto estes acompanhantes consideram importante estabelecer o contrato diretamente com o acompanhado. Além disso, parece haver também um interesse em envolver a família e a equipe que atende o acompanhado. Tal envolvimento pode significar que haja um desejo dos acompanhantes entrevistados em implicar tanto a família como a equipe na participação do tratamento do acompanhado a fim de que todos trabalhem com o mesmo objetivo de desenvolver a

autonomia deste acompanhado e promover uma melhor qualidade de vida a ele. Por outro lado, parece que este envolvimento da família e equipe que atende o acompanhado, no processo de acompanhamento, exige uma atenção maior por parte do acompanhante no que se refere às questões éticas. Isto porque ao envolver a família e a equipe que atende o acompanhado, o acompanhante pode querer atender as demandas apresentadas por eles e esquecer ou deixar de lado as demandas do acompanhado. Deste modo, é importante que o acompanhante saiba como manejar os encontros com a família e com equipe para que consiga realizar seu trabalho de modo a respeitar as necessidades e possibilidades do acompanhado.

Partindo da forma como os acompanhantes terapêuticos estabelecem o contrato de trabalho, buscou-se conhecer de que maneira estes acompanhantes elaboram a proposta de intervenção do acompanhamento terapêutico. Assim sendo, a Tabela 12 apresenta como categoria principal a proposta de intervenção e suas subcategorias são: realizada com a equipe que atende o acompanhado e realizada com a equipe de supervisão do acompanhante.

Tabela 12 - Elaboração da proposta de intervenção.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
P R O P O S T A D E I N T E R V E N Ç Ã O	Realizada com a equipe de supervisão do acompanhante	“Isso era mais feito em supervisão com o pessoal do instituto”. S3	3 (S1, S2, S3)
	Realizada com a equipe que atende o acompanhado	“Então esses profissionais conversariam a respeito do andamento do caso. Nos CAPS que eu supervisionava também, então vai ter uma equipe que ele participa do grupo de mediação, participa com o psiquiatra, faz um grupo de (inaudível), faz algumas atividades no CAPS e também tem o acompanhamento terapêutico. Então é um trabalho que pode ser feito em rede”. S4	2 (S4, S5)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Através da Tabela 12 é possível verificar que dois acompanhantes terapêuticos, S4 e S5, afirmam elaborar a proposta de intervenção juntamente com a equipe que atende o

acompanhado. Já S1, S2 e S3 relatam que a proposta de intervenção é elaborada com a equipe de supervisão do acompanhante terapêutico. Deste modo, é possível pensar que apesar de haver uma reunião com a equipe que atende o acompanhado e, em algumas situações, o contrato de trabalho também ser estabelecido com esta equipe, a maioria dos acompanhantes entrevistados afirma que a proposta de intervenção não é elaborada com esta equipe. Será que por S1, S2 e S3 serem estudantes estes se sintam mais seguros se elaborarem a proposta de intervenção junto a seus supervisores? É possível que S4 e S5, por serem profissionais formados há mais de dez anos e trabalharem com saúde mental, possuam maior facilidade em elaborar a proposta de intervenção com a equipe que atende o sujeito acompanhado? Será que há uma maior abertura da equipe que atende o acompanhado em elaborar a proposta de intervenção em conjunto com o acompanhante quando este é um profissional formado que já possui experiência nesta área?

Cabe salientar que Carvalho (2004a) aponta que o trabalho do acompanhante terapêutico juntamente com a equipe funciona como um verdadeiro time. Desta forma, pode-se pensar que os profissionais deste “time” possuem o mesmo objetivo, que é o de diminuir o sofrimento psíquico do acompanhado e melhorar sua qualidade de vida. Sendo assim, parece que ao elaborar a proposta de intervenção do acompanhamento juntamente com os outros profissionais que atendem o acompanhado, é possível contemplar de forma mais eficiente as necessidades do acompanhado. Ou seja, a elaboração da proposta de intervenção juntamente com a equipe parece produzir maiores ganhos para o próprio acompanhado.

Bom, após a informação fornecida pelos acompanhantes terapêuticos acerca da elaboração da proposta de intervenção, buscou-se conhecer se estes acompanhantes utilizam alguma estratégia de intervenção e quais são elas. Em função disso, a Tabela 13 apresenta como categoria principal as estratégias de intervenção e é subdividida nas seguintes subcategorias: desenho, fotografia, mosaico, conversa e não utiliza.

Tabela 13 - Estratégias de intervenção utilizadas.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
E S T R A T É G I A S D E I N T E R V E N Ç Ã O	Desenho	“(…) como se essa pessoa ta com dificuldade de falar e fica vendo um desenho e se você pede “quem sabe se você desenhar o que ta acontecendo aí dentro e tal”, e a pessoa começa a desenhar e a falar um pouco do que acontece com ela”. S4	2 (S2, S4)
	Fotografia	“(…) teve casos de supervisão que teve haver com fotografia, a pessoa buscava imagens em revistas e projetava seus conflitos naquela figura também, então é um recurso né?”. S4	1
	Mosaico	“Então às vezes a produção na oficina era uma forma também de servir como objeto intermediário na relação, então o cara ia pro mosaico e a gente ia junto e aí eles trabalhavam juntos a mesma peça e ficavam ali as vezes interagindo, as vezes já era um atendimento a própria oficina né?”. S5	1
	Conversa	“Muita conversa é, desde o primeiro contato assim eu vou conversando com a pessoa, pra ver o que ela...ela vai se sentindo a vontade pra começar falando o que ela sente, o que ela tem vontade de fazer que ela não consegue, o que ela não gosta de fazer, o que ela não quer fazer”. S2	1
	Não utiliza		2 (S1, S3)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com relação às estratégias de intervenção utilizadas, é possível observar que dois dos acompanhantes entrevistados, S2 e S4, afirmaram fazer utilização do desenho. Este desenho, entretanto, é utilizado por estes acompanhantes de forma diferente. S2 afirma que utiliza do desenho quando seu acompanhado pede para desenhar. Já S4 pontua que em alguns momentos solicita que seu acompanhado desene o que está acontecendo com ele e com isto o acompanhado costuma contar um pouco de sua história, conforme cita S4. Além disso, S4 relatou que em um caso de acompanhamento terapêutico que supervisionou foi utilizada a fotografia como uma possibilidade de o acompanhando reconstruir a imagem que tinha de si. A confecção de um mosaico foi uma outra estratégia apresentada por S5. Segundo S5, em um acompanhamento que supervisionou, o acompanhante utilizava da produção artística do acompanhado, no caso o mosaico, para interagir com o acompanhado. S5, entretanto, afirma

que no trabalho com a psicose é fundamental que o profissional utilize algum recurso de intervenção, pois segundo ele, só a escuta não funciona.

Além dessas estratégias de intervenção, S2 destacou a conversa como uma outra possibilidade para intervir. Desta maneira, S2 afirma utilizar da conversa para possibilitar que seu acompanhado se sinta mais à vontade e consiga expor suas vontades, suas dificuldades e as coisas que gosta ou não de fazer. S1 e S3, contudo, afirmaram não utilizar de nenhuma estratégia de intervenção.

A partir das estratégias de intervenção que os acompanhantes terapêuticos dizem utilizar, é possível pensar que tais estratégias estão relacionadas com a flexibilidade defendida por Carvalho (2004c). Segundo a autora, a flexibilidade deve permear a relação entre acompanhante e acompanhado, pois é esta flexibilidade que permite que a criação, a inovação e a experimentação do trabalho de acompanhamento terapêutico. Deste modo, pode-se pensar que ao utilizar de estratégias como: confecção de mosaicos, desenhos e utilização da fotografia, o acompanhante terapêutico busca uma nova maneira de interagir com seu acompanhado, uma nova maneira de refletir com seu acompanhado sobre suas dificuldades e de possibilitar que este acompanhado re-signifique a sua história.

É importante, contudo, enfatizar que a flexibilidade e a criação de estratégias de intervenção que possibilitem a re-significação da história de vida do acompanhado devem possuir “referências concretas e simbólicas para não transformar o tratamento em uma aventura a bordo de uma nau sem rumo”. (CARVALHO, 2004c, p.102). Isto significa que esta flexibilidade do acompanhamento terapêutico não deve ocorrer sem o estabelecimento de limites entre acompanhante e acompanhado, pois a ausência de limites dificulta o sucesso do tratamento e desestrutura o acompanhado (CARVALHO, 2004c). Assim sendo, procurou-se conhecer quais são os limites estabelecidos durante o processo de acompanhamento terapêutico. A Tabela 14 apresenta então como categoria principal os tipos de limites e possui três subcategorias. São elas: papel do acompanhante, restrições de lugar e duração do encontro.

Tabela 14 - Tipos de limites estabelecidos.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
T I P O S D E L I M I T E S	Papel do acompanhante	“Normalmente a primeira questão que surgia era dessa ordem do envolvimento afetivo, amoroso e aí tinha que colocar as coisas nos seus lugares (...). ‘olha nós não vamos namorar, nós vamos trabalhar’”. S5	3 (S1, S2, S5)
	Restrições de lugar	“Acho que eu só não iria na boca do morro pra buscar droga (risos). (...)Mas envolvendo a minha saúde eu não iria”. S2	2 (S2, S4)
	Duração do encontro	“Só a questão do tempo, mas sempre foi respeitada assim. (...) não teve maiores questões em relação a limite”. S3	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 14 verifica-se que três dos acompanhantes entrevistados, S1, S2 e S5 apontam que a explicação do acompanhante acerca do papel que irá desempenhar ao longo do acompanhamento é um limite que o acompanhante estabelece com o acompanhado. Segundo estes acompanhantes, é comum que no decorrer do processo de acompanhamento terapêutico, o acompanhado tente um envolvimento maior com seu acompanhante seja amorosamente ou tentando estabelecer uma relação de amizade com seu acompanhante. Neste sentido, quando há uma demanda do acompanhado por um envolvimento maior com seu acompanhante, este deve lembrar ao acompanhado qual o seu papel, sua função no processo de acompanhamento terapêutico, de acordo com S1, S2 e S5.

Dois acompanhantes terapêuticos, S2 e S4, destacaram ainda que não iriam com o acompanhado em locais que colocassem em risco a sua saúde ou que envolveriam a coerência interna do acompanhante, conforme cita S4. *“Nunca aconteceu comigo, mas daí viria uma questão da coerência interna de cada um, do que se permitir né? Então se a pessoa quer subir no morro pra pegar droga, então “eu me permito esperar aqui embaixo (...)”.* (S4). Já S3 pontuou estabelecer limites em relação à duração de cada encontro, ou seja, fazendo com que o acompanhado respeitasse o tempo determinado de acompanhamento para cada encontro.

Com relação aos tipos de limites apresentados pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados, parece haver uma relação destes limites com as mudanças de nomenclaturas que o acompanhamento terapêutico sofreu e que está diretamente relacionado ao tipo de

vínculo estabelecido entre acompanhante e acompanhado. Isto porque no início do trabalho do acompanhante terapêutico, este recebia o nome de auxiliar psiquiátrico e sua função, conforme já explicitado no marco teórico desta pesquisa, era o de fazer com que o sujeito atendido cumprisse seu tratamento (SILVA; SILVA, 2006). É importante lembrar que o auxiliar psiquiátrico, em geral, trabalhava dentro das instituições psiquiátricas e por este motivo, sua imagem pode ter sido vinculada a de uma “babá” das pessoas com sofrimento psíquico. Entretanto, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, o serviço de auxiliar psiquiátrico recebeu o nome de amigo qualificado. E este amigo qualificado, segundo Barreto (2005a), tinha a função de acompanhar o sujeito com sofrimento psíquico nos momentos em que este não estivesse no hospital dia. Contudo, o amigo qualificado possuía uma tarefa de cunho terapêutico e passou a ser visto como uma estratégia clínica de intervenção. Deste modo, houve a alteração do nome amigo qualificado para acompanhante terapêutico, com o intuito de ressaltar a finalidade deste trabalho e de diferenciar o tipo de vínculo estabelecido entre acompanhante e acompanhado (BARRETO, 2005a; CARVALHO, 2004a, PITIÁ; SANTOS, 2005c).

Sendo assim, parece haver ainda, para alguns sujeitos entrevistados, o risco de que haja uma vinculação do serviço de acompanhamento terapêutico com o amigo qualificado. E talvez, seja por este motivo, que em algumas situações o acompanhante terapêutico deva lembrar o seu acompanhado qual o seu papel, qual o objetivo do trabalho que realiza, quais as regras devem ser cumpridas. Esta ênfase que o acompanhante deve realizar com seu acompanhado, no que se refere a sua função, parece ter relação com as *atitudes firmes* que Balvedi (2003) destaca que o acompanhante deve possuir. Isto porque, segundo a autora, o acompanhando irá testar o acompanhante algumas vezes, tentando mudar alguma regra que foi estabelecida no contrato e neste momento é importante que o acompanhante se mantenha firme. No caso do vínculo, o acompanhado pode tentar, por exemplo, estabelecer com o acompanhado um relacionamento amoroso, é necessário então que o acompanhante mantenha-se firme e retome com o acompanhado o contrato de trabalho explicando a ele qual a sua função.

Além dos tipos de limites estabelecidos, buscou-se também conhecer como são decididas as saídas realizadas durante o acompanhamento terapêutico. Deste modo, a Tabela 15 apresenta como categoria principal a saída, e como subcategoria a escolha do acompanhado.

Tabela 15 - Saídas com o acompanhado.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
S A Í D A S	Escolha do acompanhado	“(…) pra um sujeito se constituir, ele tem que fazer as escolhas, tem que lidar com as satisfações que geram as escolhas, então os lugares que eu vou, na verdade, é decidido pelo paciente”. S4	5

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 15, observa-se que todos os acompanhantes terapêuticos afirmam que as saídas realizadas durante o acompanhamento terapêutico são escolhidas pelos acompanhados. Ou seja, são os acompanhados que escolhem a que lugares ir durante o processo de acompanhamento terapêutico. É importante salientar ainda que em algumas saídas há uma conversa entre acompanhante e acompanhado sobre qual a necessidade do acompanhante ir a um determinado lugar com seu acompanhado. *“Porque é importante eu ir?” “Ah, porque eu vou ficar muito agitada, vai ter muitas pessoas e eu posso ouvir vozes e eu vou ficar mais tranqüila contigo”. “Ah então ta, eu vou.”. (S2).*

Pode-se pensar então que ao permitir que o acompanhado escolha a que lugares ir, o acompanhante devolve a esse sujeito a possibilidade de decidir sobre sua vida, de realizar seus desejos e possibilita ao acompanhado atuar como um sujeito, como um cidadão. Ou seja, ao possibilitar que o acompanhado escolha a que lugares ir, lhe é possibilitado contemplar as suas demandas, transmitindo a ele credibilidade e confiança para que ele consiga se tornar sujeito de sua vida, de sua história. E este é o objetivo e o compromisso dos serviços e das pessoas que atuam a partir da perspectiva da reabilitação psicossocial (HIRDES, 2009). Além disso, parece que quando o acompanhante terapêutico busca descobrir junto ao acompanhado qual a necessidade de acompanhá-lo em um determinado local, este está buscando refletir com o seu acompanhado sobre a função do acompanhamento terapêutico e clarificando o tipo de relação que deve ser estabelecida entre ambos.

Além de saber como são decididas as saídas realizadas com os acompanhados, buscou-se conhecer qual a frequência e qual a duração de cada encontro realizado. Deste modo, a Tabela 16 apresenta como categoria principal a frequência dos encontros e sua subcategoria é: semanal. Já a Tabela 17 possui como categoria principal a duração de cada encontro e se subdivide em duas subcategorias. São elas: aproximadamente uma hora e aproximadamente quatro horas.

Tabela 16 - Frequência em que é realizado o acompanhamento terapêutico.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
F R E Q U Ê N C I A	Semanal	“Semanais. É uma vez por semana, normalmente”. S5	5

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Tabela 17 - Duração aproximada de cada encontro.

PROCEDIMENTOS COTIDIANOS REALIZADOS PELOS ACOMPANHANTES			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
D U R A Ç Ã O	Aproximadamente 1hora	“Uma hora aproximadamente. Uma hora, uma hora e pouco, dependia do dia né? Mas em média uma hora”. S3	3 (S1, S3, S4)
	Aproximadamente 4horas	“Ah então, em média quatro horas. De início alguns começam com menos, uma hora assim, e isso. Mas geralmente com a maioria deles dá quatro horas”. S2	2 (S2, S5)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da apresentação da Tabela 16, é possível observar que todos os acompanhantes entrevistados afirmam que a frequência dos acompanhamentos que realizam é semanal. Além disso, conforme explicitado na Tabela 17, a duração de cada encontro é de aproximadamente uma hora, segundo S1, S3 e S4. Já S2 e S5 afirmam que a duração de cada encontro é de aproximadamente quatro horas. É importante salientar também que todos os sujeitos entrevistados disseram ser os únicos que realizam acompanhamento terapêutico com seus acompanhados. Isto significa dizer que os sujeitos que foram e são acompanhados por S1, S3 e S4 possuem semanalmente aproximadamente uma hora de acompanhamento e os sujeitos acompanhados por S2 e S5 possuem, em média, quatro horas de acompanhamento semanal. Será que uma hora semanal é suficiente para possibilitar o desenvolvimento de autonomia do acompanhado? É possível que o acompanhante se desloque juntamente com o acompanhado a diferentes lugares e realizem diferentes atividades no espaço de tempo de uma hora? Este não parece ser um modelo de atendimento que se aproxima muito ao atendimento em consultório?

Carvalho (2004a) em sua pesquisa demonstra que a duração de cada encontro do acompanhamento terapêutico é de no mínimo duas horas e acrescenta que os sujeitos, em geral, são acompanhados mais de uma vez por semana. Além disso, há na literatura casos de acompanhantes que viajaram com seus acompanhados, mostrando assim uma intensificação do trabalho de acompanhar (ALMEIDA, 2006). Vale pontuar, entretanto, que S1 relatou que o contrato estabelecido com seu acompanhado era de uma hora semanal, contudo, em alguns encontros foi necessário ultrapassar este horário previamente estabelecido. S4 também afirmou que dependendo da atividade que o acompanhado se propõe a realizar, há uma flexibilidade na duração acordada no contrato e acrescentou também que em casos de emergência este acompanhamento pode ser intensificado. *“Demanda mais do cuidado que a pessoa precisa, do quanto que ela precisa desse cuidado e do tempo de intervenção que a gente pode dispor e quanto que ela pode pagar por este serviço né?”*. (S4).

Com base nessa fala de S4 é possível refletir: Será que o contrato de uma hora por semana ocorre em função do custo deste serviço? No caso de S1 e S3, que fizeram acompanhamento terapêutico com usuários de um CAPS, é possível que o contrato seja de uma hora por semana pelo fato de este trabalho ter sido voluntário?

Parece haver então, a partir da fala dos acompanhantes entrevistados, uma flexibilidade em relação à frequência e a duração dos encontros acordados com o acompanhado. Esta flexibilidade parece envolver questões referentes às necessidades do acompanhado, disponibilidade do acompanhante em realizar o acompanhamento, e ainda disponibilidade do acompanhado em pagar por este serviço.

Partindo da caracterização dos procedimentos cotidianos realizados pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados, buscou-se saber qual a avaliação destes acompanhantes sobre o processo de acompanhamento terapêutico. Neste sentido, o tópico seguinte apresentará a opinião dos sujeitos entrevistados com relação ao acompanhamento terapêutico realizado.

4.5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Neste tópico serão apresentadas as percepções dos acompanhantes terapêuticos entrevistados sobre o que eles consideram vantagem e o que consideram desvantagem no acompanhamento terapêutico. Sendo assim, a Tabela 18 possui como categoria principal as

vantagens do acompanhamento terapêutico e se subdivide em quatro subcategorias. São elas: possibilita autonomia, modelo clínico diferenciado, aprendizagem do acompanhante e inserção do acompanhante no cotidiano do acompanhado.

Tabela 18 - Vantagens do acompanhamento terapêutico.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
V A N T A G E S	Possibilita autonomia	“(…) ele vai ganhando essa autonomia pra poder desbravar outros caminhos que ele antes não conseguia fazer, se recusava ou achava que era impossível.” S5	3 (S1, S2, S5)
	Modelo clínico diferenciado	“(…) a grande vantagem dela é não se adequar a um formato tradicional, rígido e que empobrece, porque a dimensão clínica não se define por quatro paredes, por um lugar e se define por um cuidado, por uma maneira de ser, de estar em relação com alguém (…)”. S4	2 (S3, S4)
	Aprendizagem do acompanhante	“(…) eu acho que junto com isso tem assim uma aprendizagem bem grande do acompanhante, o acompanhante eu acho que aprende muita coisa, até porque as situações vão aparecendo assim e é bem legal. Tem que ser rápido, tem que pensar rápido, tem que fazer as coisas acontecer, ou muitas vezes não acontecer, também. Ficar ali parada esperando. Às vezes também parada esperando e não vem nada e aí espera que o silêncio fale alguma coisa porque... então são várias situações assim né? Tem essa vantagem também do acompanhante aprender”. S1	1
	Inserção do acompanhante no cotidiano do acompanhado	“A questão também do estar mais próximo da realidade do teu paciente no sentido da rotina dele, do cotidiano dele. O cotidiano acho que seria a palavra ideal, de estar próxima disso, de estar inserida nisso, você está inserida no cotidiano dele de alguma maneira, até pras tuas intervenções é bem interessante isso”. S3	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

É possível observar, na Tabela 18, que três dos acompanhantes entrevistados, S1, S2 e S5, consideram como vantagem do acompanhamento terapêutico possibilitar que o acompanhado desenvolva sua autonomia. S3 e S4 destacam ainda como vantagem do acompanhamento terapêutico o modelo clínico diferenciado em que este serviço acontece. Ou seja, a vantagem do acompanhamento é o de não se enquadrar em um formato clássico de

atendimento que acontece dentro de um consultório. Outra vantagem do acompanhamento terapêutico tem relação com o aprendizado que esta estratégia clínica possibilita ao acompanhante, conforme destaca S1. Através da fala de S1, parece ser o inusitado, o surgimento de uma situação que não estava “programada” e que exige uma atitude do acompanhante que permite este aprendizado do profissional. Além dessas vantagens apresentadas, S3 aponta ainda uma outra vantagem do acompanhamento terapêutico que é a inserção do acompanhante no cotidiano de seu acompanhado. Segundo S3, o fato de o acompanhamento terapêutico possibilitar uma aproximação do acompanhante com a realidade do acompanhado parece auxiliar o acompanhado na elaboração de suas intervenções, e esta seria então uma vantagem deste trabalho.

A partir das vantagens apontadas pelos acompanhantes entrevistados com relação ao processo de acompanhamento terapêutico, pode-se pensar, por exemplo, que o fato de possibilitar autonomia aos acompanhados está relacionado ao que Carvalho (2004c) denomina de efeitos do acompanhamento terapêutico. Segundo a autora, o acompanhante terapêutico constrói junto de seu acompanhado outras possibilidades de se relacionar com sua família, amigos e com a sociedade e ao fazer isto é possibilitado ao acompanhado o resgate de sua cidadania. Sendo assim, parece que ao promover o desenvolvimento da autonomia do acompanhado, ele consegue ter atitudes diferentes, e realizar atividades que antes não conseguia, conforme cita S5, e ao fazer isso pode-se considerar que o acompanhado conseguiu construir novas maneiras de atuar na sociedade em que vive e de se relacionar com esta sociedade.

A questão da aprendizagem também é destacada por Carvalho (2004c). De acordo com a autora, a aprendizagem dos acompanhantes terapêuticos ocorre devido ao fato do acompanhamento terapêutico ser uma clínica diferenciada, que acontece na cidade e, além disso, possibilita um maior contato, uma proximidade maior entre acompanhante e acompanhado. Parece ser exatamente pelo fato de ser uma clínica que acontece em lugar diferenciado, ou seja, no cotidiano do acompanhado, em que podem aparecer situações inusitadas que demandam uma intervenção terapêutica que possibilita, segundo S1, o aprendizado do acompanhando. Isto porque, segundo S1, em muitas dessas situações inusitadas o acompanhante não tem como planejar a intervenção, não tem tempo suficiente para refletir sobre sua ação e talvez seja isto que possibilita o aprendizado do acompanhante.

Com relação ao modelo clínico diferenciado do acompanhamento terapêutico, Carvalho (2004c) destaca essa diferença com relação ao modelo clínico não apenas como uma vantagem do acompanhamento terapêutico, mas também como uma forma de motivação para

os acompanhantes. Desta maneira, o *setting* diferenciado do acompanhamento terapêutico parece ser um dos fatores que incentiva os profissionais a atuarem como acompanhantes (CARVALHO, 2004c). Pode-se pensar também que a possibilidade do profissional conhecer um pouco mais da realidade do sujeito que atende, através da inserção do mesmo no cotidiano do acompanhado também pode funcionar com um fator motivacional para a atuação como acompanhante terapêutico.

Mas será que o acompanhamento terapêutico possui alguma desvantagem? Será que ele traz algum prejuízo para o acompanhante ou para o acompanhado?

A Tabela 19 apresenta então quais as desvantagens do acompanhamento terapêutico que os sujeitos entrevistados apontaram. Desta maneira, a categoria principal apresentada nesta tabela diz respeito às desvantagens do acompanhamento e suas subcategorias são: deslocamento, linha tênue entre amizade e terapia, inusitado, atendimento à neurose, insegurança do acompanhante, necessidade de disponibilidade do acompanhante e por último, não há.

Tabela 19 - Desvantagens do acompanhamento terapêutico.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
D E S V A N T A G E N S	Deslocamento	“A desvantagem é que se você não acorda direito um contrato... a desvantagem é que você perde um tempo no deslocamento, pra atender vários pacientes tem que acordar bem a questão dos valores, porque demanda um deslocamento, é muito tempo e tem que ser cobrado né?”. S4	1
	Linha tênue entre amizade e terapia	“E acho também que essa linha ali, entre o que é amizade e o que é, o que é amizade e terapia, uma linha que é muito... acho que é essa que é uma das dificuldades assim, se eu fosse colocar né? Uma dificuldade pro acompanhante”. S1	1
	Inusitado	“(…) isso que se chama de inusitado. É exatamente uma coisa assim que tu não ta esperando. Eu passei por várias situações assim que eu não tava esperando e aconteceu, aí tu não vai pensar que abordagem tu ta usando, tu vai usar o que vim assim rápido e que espero que dê certo né?”. S1	1
	Atendimento a neurose	“Então a presença do at com o neurótico ele corre o risco, me parece mais intenso, de reforçar esse lugar do objeto ideal, da identificação e etc. então talvez aí pra esses casos talvez seja uma desvantagem”. S5	1
	Insegurança do acompanhante	“Em relação a desvantagens, tinha essa insegurança que eu senti e claro depois eu fui procurar trabalhar e ver o porquê disso, porque eu tenho que ter as coisas certinhas enfim, (...)”. S3	1
	Necessidade de disponibilidade do acompanhante	“(…) a questão também da disponibilidade, pra você ser at você tem que estar disponível a sair, de certa forma, do seu comodismo e participar e vivenciar a vida de um outro, junto com um outro”. S3	1
	Não há		1 (S2)

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Através da visualização da Tabela 19 observa-se que os acompanhantes entrevistados apresentaram diferentes desvantagens do acompanhamento terapêutico. Ou seja, nenhuma desvantagem foi apontada por mais de um entrevistado. É importante salientar ainda que a maioria dos acompanhantes entrevistados demonstrou dificuldades em pontuar alguma

desvantagem do processo de acompanhamento terapêutico e S2 não apontou nenhuma desvantagem deste trabalho.

Com relação às desvantagens listadas pelos acompanhantes entrevistados, verifica-se que S4 aponta o deslocamento como um prejuízo para o acompanhante. Isto porque, de acordo com S4, se o contrato não for bem acordado, no que se refere aos honorários do acompanhante, este pode ser prejudicado por utilizar muito tempo em seu deslocamento até o local do acompanhamento propriamente dito. Ou seja, se não houver um acordo correto dos honorários do acompanhante este pode, por exemplo, levar uma hora para chegar até o local do acompanhamento e receber apenas o equivalente ao tempo em que ficou com o acompanhado.

S1 apresentou ainda outras duas desvantagens do acompanhamento. São elas: a dificuldade de diferenciação do vínculo, dificuldade entre ser um trabalho terapêutico ou ser uma amizade e ainda o inusitado, ou seja, os imprevistos do acompanhamento. A partir da fala de S1, pode-se pensar que este sujeito considera que há um risco relacionado a não diferenciação do papel do acompanhante terapêutico no processo de acompanhamento e, por este motivo, o acompanhante considera que possa surgir alguma dificuldade em manejar o tipo de vínculo que é estabelecido entre acompanhado e profissional. Será que esta dificuldade em relação ao vínculo se dá por parte do acompanhado? Ou será uma dificuldade do acompanhante? No que se refere ao inusitado, é importante lembrar que S1 apontou o inusitado também como uma vantagem do acompanhamento terapêutico. Entretanto, o que ela considera desvantagem desse inusitado é o fato de o acompanhante não ter tempo para se preparar ou pensar sobre qual intervenção vai realizar e dessa forma não se pode calcular com antecedência que resultados esta intervenção pode gerar em seu acompanhado.

S3 também pontuou duas desvantagens do acompanhamento terapêutico. São elas: a insegurança do acompanhante e a necessidade de disponibilidade do acompanhante. Com relação à insegurança do acompanhante, isto parece estar relacionado ao fato de que o acompanhamento realizado por S3 foi o primeiro trabalho de acompanhante que ela realizou e ainda, tal trabalho ocorreu em um local que S3 não conhecia antes, o CAPS. Além disso, pode-se pensar também que esta insegurança pode ser decorrente do fato de S3 não ter realizado nenhuma saída com seu acompanhado, pois ela e seu acompanhado permaneceram durante todos os meses do acompanhamento no CAPS, que era a instituição que o acompanhado freqüentava. Sobre a questão da disponibilidade, S3 pontua tal questão como uma desvantagem quando o acompanhante não demonstra interesse em sair do seu conforto,

do seu comodismo e ainda, quando o profissional que realiza acompanhamento terapêutico não gosta de desenvolver este trabalho.

Já S5 refere que a desvantagem do acompanhamento terapêutico acontece no atendimento à neurose. Isto porque, segundo o entrevistado: *“Nas neuroses o at com os neuróticos é um pouquinho mais complicado, porque aí tem o problema da identificação e aí os neuróticos gostam muito de fazer é de objeto ideal pro outro e aí o at tá muito perto. O at tá perto demais e eu acho que a relação fica um pouco mais difícil pra se obter aqueles efeitos terapêuticos, efeitos analíticos mesmo. E um efeito analítico fundamental é a gente poder deslocar o outro do lugar da certeza”*.

As desvantagens apresentadas pelos acompanhantes entrevistados podem ser relacionadas com as dificuldades que também estão apresentadas na literatura, as quais muitas vezes podem interferir na qualidade do acompanhamento ou interrompe-lo. Estas dificuldades se referem ao custo do acompanhamento, a invasão da privacidade familiar do acompanhado e por último, ao ganho secundário do acompanhado com o acompanhamento (BALVEDI, 2003).

A dificuldade referente ao custo do acompanhamento terapêutico deve-se ao fato de a maioria dos planos de saúde não cobrir este tipo de serviço e, além disso, como podem ocorrer acompanhamentos com um tempo maior de duração, do que um atendimento normal de um consultório, o custo pode ser maior (BALVEDI, 2003). Deste modo, Balvedi (2003) destaca que o ideal é que se chegue a um acordo com relação aos valores do acompanhamento e que este seja vantajoso tanto para o acompanhante como para o acompanhado. Esta dificuldade relacionada ao custo do acompanhamento terapêutico parece estar diretamente vinculada à desvantagem relatada por S4 sobre acordar bem os valores e calcular neste valor o tempo dispensado ao deslocamento do acompanhante até o local de encontro com o acompanhado.

A invasão da privacidade familiar do acompanhado refere-se ao fato de o acompanhado muitas vezes participar da vida particular de seu acompanhado, seja com sua família ou o grupo social com quem se relaciona. Deste modo, é importante que o acompanhante saiba como atuar neste tipo de situação para não invadir a privacidade da família e do grupo de relações do acompanhado (BALVEDI, 2003).

Com relação ao ganho secundário do acompanhado, Balvedi (2003) relata que uma grande dificuldade que o acompanhante pode enfrentar se relaciona com a possibilidade do acompanhado se tornar “dependente” de seu acompanhante. Segundo a autora, o acompanhado pode se recusar a qualquer mudança para não correr o risco de ter que se

separar de seu acompanhante, pois o acompanhado pode ver seu acompanhante como alguém que lhe dá atenção, lhe escuta e pode temer perder isso. Este ganho secundário do acompanhado parece ter relação com a diferenciação da função do acompanhante terapêutico, com a desvantagem denominada por S1 de linha tênue entre amizade e terapia. Torna-se importante salientar mais uma vez a necessidade do acompanhante estabelecer bem esses limites relacionados ao vínculo com o acompanhado e explicar sempre que preciso qual a sua função dentro do acompanhamento terapêutico e quais os objetivos deste trabalho.

Após a caracterização dos acompanhantes terapêuticos, do processo de acompanhamento terapêutico e da avaliação que os acompanhantes terapêuticos realizam sobre o trabalho que executam, tornou-se relevante conhecer um pouco sobre os sujeitos que são atendidos nesta modalidade de intervenção que é a clínica da cidade. Deste modo, serão apresentadas, em seguida, as características gerais das pessoas atendidas pelos acompanhantes terapêuticos entrevistados.

4.6 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO ACOMPANHADO

Neste tópico serão apresentadas as principais características dos sujeitos acompanhados pelos acompanhantes entrevistados nesta pesquisa. Sendo assim, as informações sobre os acompanhados se referem: às principais queixas apresentadas, ao diagnóstico destes sujeitos, às limitações que estes apresentavam no início do acompanhamento, à equipe que atende o acompanhado e por último, às mudanças no comportamento dos acompanhados.

A Tabela 20 representa quais as principais queixas apresentadas pelos requisitantes do acompanhamento terapêutico, com relação ao acompanhado. Esta tabela se subdivide em cinco subcategorias. São elas: dificuldades de circulação social, dificuldades de relacionamento, delírios, falta de autonomia e relação objetificada.

Tabela 20 - Queixas apresentadas por quem requisita o acompanhamento terapêutico.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHADO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
Q U E I X A A P R E S E N T A D A	Dificuldades de circulação social	“A gente vê que as dificuldades de sair de casa (...), de fazer uma certa circulação social (...)”. S5	2 (S3 e S5)
	Dificuldades de relacionamento	“O paciente era uma pessoa mais tímida ele não interagiu com os outros colegas né? Ele só ia participava de algumas oficinas voltava pra casa, ele a vida dele se resumia a isso a família e o CAPS, ele não tinha mais nenhuma outra atividade social, enfim, era isso né?”. S3	2 (S3 e S4)
	Delírios	“(…) e ela tinha uma fantasia, ela acreditava que ela era uma morta-viva, era enforcada (...)”. S1	1
	Falta de autonomia	“Falta de autonomia, principalmente. (...) Mas geralmente o paciente sofre muito, tem um sofrimento psicológico muito grande porque ele percebe que ele só...que tudo a família tem que fazer com ele”. S2	1
	Relação objetificada	“Então, resumindo assim eu acho que é mais uma relação de objetificação, do sujeito se ver como um objeto na relação com o outro e muito centrado, como se fosse um significante ocupando esse sujeito”. S4	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Com base na Tabela 20, verifica-se que a maioria das queixas apresentadas pelos requisitantes do acompanhamento terapêutico, segundo os acompanhantes entrevistados, se refere às dificuldades de circulação social do acompanhado e a sua dificuldade de relacionamento. Sendo que S3 e S5 pontuaram as dificuldades de circulação social e S3 e S4 destacaram as dificuldades de relacionamento. Além disso, S1 aponta que os delírios do sujeito acompanhado também aparecem nas queixas de quem requisita o acompanhamento terapêutico.

Outras queixas, que S2 e S4 afirmam que são apresentadas por quem requisita o acompanhamento terapêutico, dizem respeito à falta de autonomia do acompanhado e a relação objetificada que ele possui. De acordo com S2, a falta de autonomia apresentada pelo requisitante está vinculada à grande dependência que o acompanhado tem de sua família para conseguir realizar alguma atividade. Já S4 explica que a relação objetificada se refere ao fato do acompanhado se perceber como objeto em uma relação. “*Sou um esquizofrênico. Sou um depressivo. Tenho fobia social. A pessoa incorpora o diagnóstico como se aquilo explicasse*

a existência dele e começa a responder a partir daquilo, e que de uma maneira limita. Parada na escola, parada no trabalho, ficar em casa o dia inteiro vendo televisão e a queixa de isolamento mesmo né? Desde criança assim até nos adultos também". (S4). Parece que esta relação objetificada destacada por S4 está diretamente relacionada ao modo como era concebida a loucura na sociedade, antes da Reforma Psiquiátrica. Isto porque nesta época o sujeito com sofrimento psíquico era visto como alienado, com um animal (FOUCAULT, 2000). Por este motivo, o dito "louco" deveria ficar afastado da sociedade para que fosse possível colocar este sujeito "entre parênteses" e observar apenas a sua doença (AMARANTE, 2003). Ou seja, nesta forma de conceber a loucura, o "louco" não era visto como um sujeito, como alguém com possibilidades. Sendo assim, pode-se pensar que este sujeito não conseguia se perceber e ser percebido como alguém além da sua "doença". Neste sentido, é possível refletir que ainda há um preconceito e uma discriminação com relação às pessoas com sofrimento psíquico e por isto elas, muitas vezes, são vistas apenas a partir de seu diagnóstico: um esquizofrênico, um depressivo, etc. E parece que por isto, muitas vezes, a queixa de quem requisita o acompanhamento terapêutico se refere ao fato do possível acompanhado se perceber apenas como um objeto nas relações que estabelece, conforme cita S4.

É importante destacar ainda que S4 afirma que em algumas situações o acompanhado ter conhecimento do seu diagnóstico pode auxiliá-lo a se organizar psiquicamente. *"Só em alguns casos mais graves pode ser um organizador do sujeito pra ele tentar entender o que acontece com ele e tal, como se isso desse um suporte"* (S4). Deste modo, a partir da fala de S4 pode-se pensar que em algumas situações o sujeito acompanhado consegue compreender melhor o seu sofrimento e as suas dificuldades quando tem conhecimento de seu diagnóstico e quais aspectos caracterizam uma pessoa com determinado diagnóstico. Sendo assim é possível questionar: em que situações o diagnóstico proporciona uma objetificação do sujeito? Em que situações o diagnóstico funciona como fator organizador de um sujeito?

Com base nas principais queixas, que segundo os entrevistados, são apresentadas pelas pessoas que requisitam o acompanhamento terapêutico, estas parecem estar diretamente relacionadas ao que se propõe no processo de acompanhamento terapêutico. Ou seja, conforme já citado nesta pesquisa, o acompanhamento terapêutico é um recurso no tratamento de pessoas cujo objetivo é o de possibilitar às pessoas acompanhadas a circulação social das mesmas tanto no que se refere aos aspectos físicos e sociais como também nos aspectos afetivos e ainda resgatar a cidadania do acompanhado, possibilitando a integração dele com a sociedade (BERLOTE, 2001; CARVALHO 2004a).

É possível pensar então que ao promover o resgate da cidadania do acompanhado, o acompanhamento terapêutico irá possibilitar que o primeiro consiga ampliar sua autonomia e, como consequência, passe a depender menos de sua família para realização de suas atividades. Além disso, poderá ampliar as possibilidades de circulação social e possibilitar que o acompanhado amplie sua rede de relações, mas a ampliação desta rede de relações deve permitir que o acompanhado consiga negociar com esta rede. Sendo assim, é possível pensar que ao possibilitar o desenvolvimento do poder de negociação do acompanhado com a sua rede de relações, ele poderá conseguir estabelecer relações em que não se coloque como objeto, como alguém que responde unicamente a partir de seu sofrimento psíquico.

A partir do conhecimento acerca das principais queixas apresentadas por quem requisita o acompanhamento terapêutico, buscou-se conhecer quais os diagnósticos das pessoas acompanhadas pelos sujeitos entrevistados. Deste modo, a Tabela 21 possui como categoria principal o diagnóstico e se subdivide nas seguintes subcategorias: esquizofrenia e neurose grave.

Tabela 21 - Diagnóstico dos sujeitos acompanhados.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHADO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
D I A G N Ó S T I C O	Esquizofrenia	“Então, sempre tem a presença do diagnóstico clássico, vindo do DSM como se fosse explicar tudo que o sujeito vivencia. Então, a gente tem um monte de paciente com diagnóstico de esquizofrenia paranóide (...)”. S4	5
	Neurose grave	“(…) tem bastantes neuroses graves que também precisam de at”. S2	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Através da Tabela 21 é possível observar que todos os acompanhantes terapêuticos entrevistados afirmaram que a maioria dos acompanhados atendidos possui diagnóstico de esquizofrenia. Somente S2 disse receber também indicação de sujeitos diagnosticados com neurose grave para acompanhamento terapêutico. É importante destacar que S2 não foi a única a dizer que acompanha pessoas com outros diagnósticos, mas sim foi a única a dizer que pessoas com diagnóstico de neurose grave também aparecem frequentemente para acompanhamento terapêutico.

É importante destacar, conforme já foi dito nesta pesquisa, que o acompanhamento terapêutico se destinar não só a casos de psicose como também a pessoas com deficiências mentais, outros transtornos psiquiátricos, enfim pessoas que estejam enfrentando alguma dificuldade que esteja impossibilitando o desenvolvimento de suas atividades cotidianas (PITIÁ; SANTOS, 2005a). Entretanto, verifica-se que os sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia são os que mais aparecem para realização de acompanhamento terapêutico, segundo os acompanhantes entrevistados. Cabe salientar que dentre os acompanhantes entrevistados, S1 e S3 afirmaram realizar acompanhamento terapêutico com um usuário de um CAPS e S5 supervisionou acompanhantes que realizavam acompanhamento com usuários de um CAPS.

É importante lembrar que na pesquisa realizada por Borges (2007) foi verificado que há um desconhecimento dos funcionários dos CAPS de Santa Catarina, acerca do que é o acompanhamento terapêutico. Deste modo, pode-se dizer que se há um desconhecimento dos próprios profissionais que atuam nos serviços ditos reabilitadores psicossociais, não haveria também um desconhecimento da população, no caso desta pesquisa da região da grande Florianópolis, acerca do que é o acompanhamento terapêutico e a quem se destina esta clínica? Não seria necessário haver uma maior divulgação do trabalho realizado por esta *clínica da cidade*?

A partir então do conhecimento sobre os diagnósticos das pessoas acompanhadas, buscou-se coletar informações, com os sujeitos entrevistados a respeito das principais limitações apresentadas por seus acompanhados. Sendo assim, a Tabela 22 contempla como categoria principal as limitações apresentadas pelos acompanhados e se subdivide em três subcategorias. São elas: dificuldade de se expressar, inibição e falta de autonomia.

Tabela 22 - Limitações apresentadas pelos acompanhados na concepção dos entrevistados.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHADO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
L I M I T A Ç Õ E S A P R E S E N T A D A S	Dificuldade de se expressar	“No início. Ela tinha dificuldade de se expressar, ela falava, mas ela não falava assim, sabe? Ela não tinha assim uma coerência bem boa assim né?”. S1	2 (S1, S4)
	Inibição	“Ele não, tipo ele evitava falar, sair pra outros lugares que não fosse o CAPS. Até uma das idéias que eu dei pra ele era de ele me buscar, encontrar comigo no CAPS e depois irmos juntos de ônibus até a sua casa, mas no fim ele também não tava pronto”. S3	2 (S3 e S5)
	Falta de autonomia	“Geralmente é falta de autonomia, limitação de não conseguir pegar um transporte, de não conseguir sair de casa é pra comprar um pão, não conseguir sair de casa pra comprar qualquer coisa assim, (...)”. S2	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Percebe-se, a partir da Tabela 22, que uma das limitações apresentadas pelo acompanhado, conforme citam S1 e S4, diz respeito à dificuldade de se expressar dele. É importante destacar que S1 e S4 se referem a diferentes tipos de dificuldade de se expressar. S1 relaciona a dificuldade de se expressar de seu acompanhado com a incoerência ou desorganização de sua fala. Já S4 atribui a dificuldade de se expressar ao fato do acompanhado não conseguir falar sobre seus problemas, suas dificuldades. Uma outra limitação apresentada pelo acompanhado refere-se à inibição, conforme afirma S3 e S5. De acordo com estes entrevistados, a inibição do acompanhado diz respeito à dificuldade que o mesmo possui em realizar alguma atividade em função de seus medos. Segundo os profissionais entrevistados, o acompanhado apresentava um comportamento paralisado e não conseguia sair e se relacionar com outras pessoas, pois via essas outras pessoas como ameaçadoras, conforme explica S5.

Já S2 apontou como uma limitação apresentada pelo acompanhando a falta de autonomia do mesmo. Segundo S2, esta falta de autonomia está relacionada à dificuldade de o acompanhado realizar atividades rotineiras, como comprar um pão, por exemplo. S1 e S4

apontam ainda uma limitação do acompanhado relacionada à dificuldade que tem de se expressar.

Verifica-se, a partir das limitações citadas pelos acompanhantes, que estas se referem às dificuldades dos acompanhados com relação à vinculação social, tanto no que se refere à circulação social, como as duas dificuldades em se relacionar com esta sociedade. E são exatamente as pessoas que possuem esta dificuldade de circulação social que são indicadas para o acompanhamento terapêutico (CARVALHO, 2004a; PITIÁ; SANTOS, 2005a).

É possível pensar ainda que estas dificuldades relatadas pelos profissionais entrevistadas como sendo apresentadas pelos acompanhados apontam, mais uma vez, para qual deve ser o objetivo principal do acompanhamento terapêutico. Este objetivo é o de possibilitar, através do vínculo terapêutico estabelecido, que o acompanhado encontre e/ou crie formas mais eficientes para lidar com seu sofrimento por meio da ampliação de sua rede social, da ampliação de seu poder de negociação e ampliação de sua autonomia (BALVEDI, 2003; FIORATI; SAEKI, 2008; KINOSHITA, 2001). Ou seja, possibilitar o resgate da cidadania deste acompanhado (CARVALHO, 2004a).

Pode-se perceber os efeitos da utilização desta estratégia clínica que é o acompanhamento terapêutico, através da visualização da Tabela 23. Esta tabela apresenta as mudanças no comportamento dos acompanhados, mudanças essas que foram pontuadas pelos acompanhantes entrevistados. Deste modo, sua categoria principal é a mudança de comportamento e suas subcategorias são: realizar atividades que não realizava antes, desenvolver recursos no manejo da crise, sentir-se mais feliz e perceber-se.

Tabela 23 - Mudanças no comportamento do acompanhado na percepção dos entrevistados.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHADO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
M U D A N Ç A S N O C O M P O R T A M E N T O	Realizar atividades que não realizava antes	“Mas ela passa a enfrentar de maneira mais tranqüila isso que antes pra ela era uma coisa impossível, que era sair de casa, ir lá conversar com alguém, marcar um consulta, ta lá no dia da consulta marcada e etc”. S5	4 (S2, S3, S4, S5)
	Desenvolver recursos no manejo da crise	“Tem efeitos sobre a crise também, as crises passam a ser, a pessoa passa a ter mais recursos pra lidar com a própria crise. Não é que a crise se extinga, não é isso. Mas ela passa a ter outros recursos e com isso ela diminui de intensidade, ela de alguma maneira consegue sair mais facilmente dos momentos de crise, (...)”. S5	1
	Sentir-se mais feliz	“(…) melhora muito a qualidade de vida da pessoa, melhorando a qualidade de vida ela se sente muito feliz. Ela se sente muito feliz em ter conseguido ligar pra escola pra pedir uma informação sabe?”. S2	1
	Perceber-se	“(…) ela começou, ela a se perceber. Teve coisas que ela começou, ela se questionar, (...).Ela dizia assim: “será que é porque eu sou muito pedixeira?”. E aí ela se questionou assim: “será que é por causa disso? Será que é por causa daquilo outro?”. S1	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da Tabela 23, verifica-se que quatro dos acompanhantes entrevistados (S2, S3, S4 e S5) apontaram como mudança no comportamento do acompanhado, a realização de atividades que antes o acompanhado não conseguia realizar. S5 acrescentou que com o acompanhamento terapêutico a pessoa acompanhada consegue desenvolver recursos para lidar com a própria crise e ainda afirma que essas crises diminuem de intensidade. Já S2 relatou que com a melhora da qualidade de vida, com o fato de conseguir realizar atividades que antes não conseguia o acompanhado passa a sentir-se mais feliz. S1 pontuou ainda que com o acompanhamento terapêutico o acompanhado passa a se perceber mais, conseguindo refletir sobre de que modo suas atitudes interferem nas relações que ele estabelece.

É possível pensar que estas mudanças no comportamento dos sujeitos acompanhados se devem pelo fato de o acompanhante terapêutico, durante o acompanhamento, exercer a função de testemunha do acompanhado, servir de modelo pra esse acompanhado, oportunizar a realização de algumas atividades ou desejo do acompanhado e ainda, muitas vezes, sustentar esse desejo (CARVALHO, 2004b). Isto significa que em

algumas situações o acompanhante precisa apenas ouvir e/ou estar do lado de seu acompanhado enquanto este executa alguma atividade. Outras vezes, o acompanhante irá mostrar para o acompanhado como se realizam algumas atividades, funções, a fim de mostrar outras possibilidades de atuação a seu acompanhado. Ao fazer isso parece que o profissional está realizando aquilo que S5 pontuou como função do acompanhante, que é o planejamento, a viabilização e a realização do projeto de vida do sujeito que está sendo acompanhado. E ao fazer isso, parece que o acompanhante está construindo e apresentado novas possibilidades ao seu acompanhado, possibilidades de estabelecer relações, de realizar desejos e de atuar no mundo (CARVALHO, 2004b). Ao conseguir isto é possível que o acompanhado, sujeito que não estava conseguindo exercer sua cidadania, não estava conseguindo exercer sua autonomia, sinta-se mais feliz, consiga se perceber de outra forma, consiga arrumar maneiras de lidar com suas crises e realizar atividades que antes lhe parecia impossível.

Com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre os sujeitos que os acompanhantes entrevistados costumam acompanhar, procurou-se saber também se estes sujeitos são atendidos por outros profissionais da saúde. Isto porque a literatura afirma que, em geral, o sujeito acompanhado é atendido por uma equipe multidisciplinar. Sendo assim, a Tabela 24 apresenta como categoria principal a equipe que atende o acompanhado e se subdivide em três subcategorias. São elas: equipe do CAPS, psiquiatra e neurologista.

Tabela 24 - Equipe que atende o sujeito acompanhado.

CARACTERIZAÇÃO DO ACOMPANHADO			
Categoria	Subcategoria	UCE	Ocorrência
E Q U I P E Q U E A T E N D E	Equipe do CAPS	“Ela era atendida também pelos profissionais ali do CAPS né? Tinha algumas oficinas né? De música, umas oficinas de vela que ela participava, eu acho que tinha uma terapeuta de referência”. S1	4 (S1, S3, S4, S5)
	Psiquiatra	“Ele faz uso de medicamentos então ele tinha uma regularidade também com o psiquiatra”. S3	2 (S2 e S3)
	Neurologista	“E eu e tinha neuro também”. S2	1

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A partir da Tabela 24 é possível observar que quatro dos acompanhantes entrevistados, S1, S3, S4 e S5, afirmam que seus acompanhados são atendidos pela equipe de profissionais do CAPS. Isto porque S1 e S3 acompanharam usuários desta instituição e S4 supervisionaram alguns acompanhamentos realizados com usuários do CAPS. Além disso, S2 e S3 pontuaram que seus acompanhados possuíam atendimento psiquiátrico e ainda que um dos acompanhados por S2 tinha atendimento com um neurologista.

É importante observar que todos os sujeitos entrevistados afirmam que, em geral, seus acompanhados são atendidos por outros profissionais da saúde. Esse atendimento por outros profissionais não só da saúde, são de extrema importância, conforme destaca Carvalho (2004a), para tentar compreender um pouco melhor os diversos fatores que influenciam na vida do acompanhado. O ideal é que ocorresse um diálogo com essa equipe, que houvesse supervisões periódicas para que, em conjunto, fosse decidido quais as melhores formas de ajudar o acompanhado na superação de sua dificuldade. Estas equipes que atendem o acompanhado são, segundo Carvalho (2004a), o que sustentam o processo de acompanhamento terapêutico.

Sendo assim, verifica-se que os profissionais entrevistados afirmam que seus acompanhados são atendidos por outros profissionais da saúde. Não se sabe, entretanto, qual o nível de comunicação que os acompanhantes estabelecem com esta equipe, pois alguns (S2, S3 e S5) afirmam realizar reuniões com esta equipe quando é solicitado o serviço de acompanhamento terapêutico, mas em contrapartida, outros (S2 e S3) afirmam não elaborar a proposta de intervenção juntamente com essa equipe. Deste modo, não é possível avaliar de que maneira as avaliações desta equipe que atende o acompanhado influenciam nas intervenções realizadas pelos acompanhantes entrevistados.

Por fim, neste capítulo foram apresentados os dados colhidos nesta pesquisa, através das entrevistas realizadas com cinco acompanhantes terapêuticos, sendo dois profissionais e três estudantes. Os dados coletados foram organizados de modo a apresentar: a relação entre acompanhamento terapêutico e autonomia, a caracterização do acompanhante e do processo de acompanhamento, a avaliação acerca desta modalidade de intervenção e por último, a caracterização das pessoas acompanhadas por este serviço. A partir destas caracterizações tornou-se possível conhecer mais sobre o acompanhamento terapêutico e avaliar a relação que os acompanhantes entrevistados dizem estabelecer entre esta prática e a promoção de autonomia do acompanhado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco desta pesquisa diz respeito às percepções dos acompanhantes terapêuticos sobre as relações que eles estabelecem entre as intervenções que realizam e a promoção de autonomia na pessoa acompanhada. Deste modo, os sujeitos desta pesquisa são alunos e profissionais que trabalham como acompanhantes terapêuticos na região da Grande Florianópolis. Além disso, o objetivo geral desta pesquisa era o de avaliar qual a percepção dos acompanhantes terapêuticos acerca da relação entre as intervenções realizadas por eles e a promoção de autonomia da pessoa acompanhada. Entretanto, para conseguir fazer esta avaliação, foi preciso traçar alguns objetivos específicos que serão apresentados a seguir.

Com relação ao objetivo específico de *caracterizar o que o acompanhante terapêutico entende por autonomia*, verificou-se que a maioria dos conceitos de autonomia apresentados pelos acompanhantes entrevistados se relaciona com o conceito de autonomia utilizado nesta pesquisa, que é o conceito apresentado por Kinoshita (2001), conforme é demonstrado no capítulo de análise dos dados. Isto significa que os acompanhantes entrevistados parecem não relacionar autonomia à independência, à capacidade de um sujeito viver sem que dependa de ninguém, ou sem que estabeleça relações com alguém. O conceito de autonomia mencionado pelos acompanhantes está vinculado à qualidade das relações que os acompanhados estabelecem, à capacidade deles em negociar com esta rede de relações, em ampliar esta rede e assim perceberem que podem contar com diversas pessoas e não só com sua família, por exemplo. Neste sentido, pode-se afirmar que foi possível caracterizar os conceitos de autonomia dos acompanhantes entrevistados e como consequência, foi alcançado o primeiro objetivo específico.

Sobre o objetivo específico *caracterizar os instrumentos e técnicas utilizadas pelo acompanhante terapêutico durante o acompanhamento*, foi observado que, em geral, os acompanhantes terapêuticos utilizam alguns recursos de intervenção como desenhos, por exemplo, com diferentes objetivos. Ou seja, os recursos utilizados podem ter a finalidade de estabelecer o vínculo com o acompanhado, de possibilitar que o acompanhado fale sobre suas dificuldades, de possibilitar uma mudança na forma do acompanhado se perceber e ainda, de deixar o acompanhado mais à vontade para falar de seus gostos e desejos. Vale destacar, contudo, que dois dos acompanhantes entrevistados afirmaram não utilizar nenhum tipo de recurso de intervenção. Além disso, os recursos de intervenção apontados pelos

acompanhantes que relataram utilizá-los são: conversa, desenho, fotografia e mosaico. Deste modo, pode-se dizer que o segundo objetivo estabelecido nesta pesquisa também foi atingido.

Quanto ao objetivo específico *verificar quais as intervenções realizadas durante o período de acompanhamento auxiliam na promoção de autonomia do acompanhado, na percepção do acompanhante terapêutico*; é possível verificar, segundo a análise de dados desta pesquisa, que estas intervenções são: estabelecer vínculo, fazer clínico, realizar treinos e mediar o relacionamento com outras pessoas. Foi observado ainda que estas intervenções relatadas pelos acompanhantes entrevistados parecem estar relacionadas com os papéis e funções que a literatura aponta como sendo do acompanhante terapêutico. Cabe ressaltar ainda que todos os acompanhantes terapêuticos entrevistados afirmaram realizar as intervenções que julgam auxiliar na promoção de autonomia do acompanhado. Ou seja, os acompanhantes entrevistados afirmam realizar, com seus acompanhados, todas as intervenções que pontuaram como sendo promotoras de autonomia do processo de acompanhamento terapêutico. Assim sendo, pode-se identificar que tanto o objetivo de *verificar quais intervenções os acompanhantes consideram auxiliar na promoção de autonomia*, quanto o objetivo *identificar os tipos de intervenções realizadas pelo acompanhante terapêutico que, em sua percepção, possuem relação direta com a promoção de autonomia do acompanhado*; foram atingidos.

No que se refere ao objetivo *caracterizar os critérios utilizados pelo acompanhante terapêutico para identificar a autonomia na pessoa acompanhada*, pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado, pois todos os acompanhantes entrevistados apontaram que critérios utilizam para identificar autonomia em seus acompanhados. Estes critérios, conforme consta na análise, são: ganhar um espaço subjetivo, mudança subjetiva, realizar atividades que antes não conseguia e avaliação do poder de negociação.

Além disso, como uma possibilidade de se alcançar o objetivo geral desta pesquisa, procurou-se conhecer um pouco mais sobre o processo de acompanhamento terapêutico, os sujeitos que trabalham com esta modalidade de intervenção e os sujeitos que são acompanhados por esta *clínica da cidade*. Deste modo, foi realizada uma caracterização do acompanhamento terapêutico em si. Esta caracterização permitiu avaliar e comparar o que os sujeitos entrevistados consideram ser os objetivos do acompanhamento terapêutico com as funções que estes profissionais consideram que os acompanhantes devem desempenhar e quais são as características necessárias para que se possa atuar como acompanhante. Buscou-se caracterizar ainda qual o perfil das pessoas atendidas pelo acompanhamento terapêutico, quais as vantagens e desvantagens dessa clínica e quais as aproximações dessa modalidade

com a perspectiva da reabilitação psicossocial. É importante salientar que todas essas caracterizações foram realizadas com base nas falas dos sujeitos entrevistados. Através dessas caracterizações tornou-se possível saber se há uma coerência entre o que os sujeitos entrevistados apresentam como objetivos teóricos do acompanhamento terapêutico e as intervenções cotidianas destes sujeitos enquanto acompanhantes. Deste modo, foi possível verificar que, em geral, há uma coerência entre o que os entrevistados apresentam como função, objetivo e característica do acompanhamento terapêutico e as intervenções que realizam.

De maneira geral, pode-se dizer que todas as práticas do acompanhamento terapêutico estão diretamente relacionadas com a perspectiva da reabilitação psicossocial. Isto porque, a partir da análise das falas dos acompanhantes entrevistados, parece que a maioria das práticas e intervenções desta modalidade clínica está voltada para o desenvolvimento da autonomia, da qualidade de vida, da ampliação das redes sociais, ampliação do poder de contratualidade e do resgate da cidadania das pessoas acompanhadas.

Com relação às facilidades e dificuldades encontradas para realização desta pesquisa, destaca-se a disposição dos sujeitos entrevistados em contribuir para a concretização desta pesquisa e ainda a facilidade em encontrar locais adequados para a realização das entrevistas, locais estes que possibilitaram a garantia do sigilo das informações fornecidas pelos entrevistados. No que se refere às dificuldades, enfatiza-se a dificuldade em encontrar profissionais que realizam acompanhamento terapêutico na Grande Florianópolis e que correspondessem aos critérios estabelecidos pela pesquisadora. A partir desta dificuldade é possível indagar: Será que há um desconhecimento acerca do acompanhamento terapêutico na região da Grande Florianópolis? Há, por parte dos profissionais que realizam este trabalho, uma preocupação em divulgar informações referentes ao acompanhamento terapêutico?

Por fim, como sugestão para realização de novas pesquisas sobre o acompanhamento terapêutico, seria relevante um estudo sobre a percepção dos sujeitos acompanhados acerca dos resultados alcançados com a realização do acompanhamento terapêutico. Ou ainda, uma pesquisa que demonstrasse de que modo o sujeito acompanhado percebe ou avalia a sua autonomia a partir da realização do acompanhamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Beatriz Helena Martins de. Que Paris é esse? Fragmentos clínicos. In: SANTOS, Ricardo Gomides. **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A Casa. Editora Hucitec, 2006.p. 79-103.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro (RJ): Nau Editora; 2003. p.45-65.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024> . Acesso em: 22 jul. 2009.

BALVEDI, Cláudia. Acompanhamento terapêutico – A terapia no ambiente do paciente. In: BRANDÃO, Maria Zilah (Org.), et al. **Sobre Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação**. 1. ed. São Paulo: ESETec, 2003, 11v. p. 294-299.

BARRETO, Kleber Duarte. No qual se introduz o percurso sinuoso desta caminhada. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005a. p. 17-26.

BARRETO, Kleber Duarte. Do qual se ressalta a função de *holding*. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005b. p. 57-65.

BARRETO, Kleber Duarte. Daquela função, muitas vezes confundida com a anterior (*holding*), por caminharem tão próximas que, comumente, não guardamos as devidas distinções: continência. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005c. p. 57-65.

BARRETO, Kleber Duarte. No qual se trata da não menos importante função de apresentação de objeto. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005d. p. 87-98.

BARRETO, Kleber Duarte. No qual se aborda a função de manipulação corporal (*handling*). In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005e. p. 99-105.

BARRETO, Kleber Duarte. Da não menos valiosa função de interlocução dos desejos. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005f. p. 129-133.

BARRETO, Kleber Duarte. Da intrincada e sutil função de discriminação de campos semânticos. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005g. p. 135-139.

BARRETO, Kleber Duarte. Que trata da função do acompanhante como modelo de identificação. In:_____. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. 3.ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005h. p. 163-170.

BERTOLOTE, José Manuel. Em Busca de Uma Identidade Para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 155-158.

BORGES, Gabriela Lyra Rosa. **Acompanhamento Terapêutico: Uma estratégia de intervenção clínica nos serviços substitutivos de saúde mental de SC**. 2007. 67 f. Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Unisul, Palhoça, 2007.

BRANDÃO, Maria Zilah da Silva, et al. Intervenção de acompanhantes terapêuticos em caso de transtorno bipolar e comportamentos evitativos no trabalho e perante outras responsabilidades. In: GUILHARDI, Hélio José (Org.), et al. **Sobre Comportamento e Cognição**: Expondo a Variabilidade. 1. ed. Santo André: ESETec, 2006. p.496-508.

CAMPOS *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615-628.

CANATTO, Cléia Regina. **Holding, Manejo e Placement: Pilares do acompanhamento terapêutico num caso de esquizofrenia paranóide**. 2006. 85 f. Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Unisul, Palhoça, 2006.

CARVALHO, Sandra Silveira. O que é acompanhamento terapêutico? In:_____. **Acompanhamento terapêutico**: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004a. p. 21-44.

CARVALHO, Sandra Silveira. Algumas questões fundamentais à compreensão do acompanhamento terapêutico. In:_____. **Acompanhamento terapêutico**: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004b. p. 46-63.

CARVALHO, Sandra Silveira. Resultados e Discussão. In:_____. **Acompanhamento terapêutico**: que clínica é essa? São Paulo: Annablume, 2004c. p.73-130.

CRUZ, Fabiane Cristina. et al. Acompanhamento terapêutico e clínica escola: um novo campo de exploração. In: BRANDÃO, Maria Zilah (Org.). et al. **Sobre Comportamento e Cognição**: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1. ed. São Paulo: ESETec, 2003, 11v. p. 300-308.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p.195-204, fev.2009.

FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoki. O acompanhamento terapêutico: criatividade no cotidiano. **Psyche**, São Paulo, set. 2006, Ano X, n.18, p.81-90, set.2006.

FOUCAULT, Michel. Nascimento do Asilo. In: _____. **História da Loucura**: na idade clássica. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000. p. 459-503.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. 11. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008, p. 41-42, 49.

GONÇALVES-PEREIRA. et. al. Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. **Acta Medica Portuguesa**, Portugal, v.19, n.1, p.1-8, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2009.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano VII, n.2, p.83-96, jun.2004. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun4/4.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2009.

GUERRA, Andréa Máris Campos; MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. **Estilos da clínica**, São Paulo, v.10, n.19, p.60-83, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2009.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.165-171, fev. 2009.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.217-222, mai.2004. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522004000200015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-3552. Acesso em 26 abr.2009.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 55-59.

LONDERO, Igor; PACHECO, Janaína Thais Barbosa. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em estudo**, Maringá, vol.11, n.2, p. 259-267, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200004>. Acesso em: 10 abr. 2009.

MAIA, Rousiley C. M; FERNANDES, Adélia B.. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.17, n.48, p. 157-171, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092002000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em: 22 jul. 2009.

MAIA, Suzana Magalhães. O acompanhamento terapêutico como uma técnica de manejo. **Psyche**, São Paulo, set. 2006, Ano X, n.18, p.29-40, set.2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 29.

NICÁCIO, Fernando; KINKER, Fernando Sfair. O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: CAMPOS, Florianita Coelho Braga; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. (Org.) **Contra a maré a beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 167-177.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche**, São Paulo, Ano X, n.18, p.115-127, set.2006.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Antônio Manuel. Apresentação. In:_____. **Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2005a. p. 15-17.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Antônio Manuel. Acompanhamento Terapêutico: movimento de corpos na interação com o social. In:_____. **Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2005b. p. 53-60.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Antônio Manuel. Trajetória histórica do Acompanhamento Terapêutico. In:_____. **Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2005c. p. 60-67.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In:_____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 19-26.

SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, abr.1998. Disponível em:<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2009.

SAFRA, Gilberto. Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. **Psyche**, São Paulo, Ano X, n.18, p.13-20, set.2006.

SANTOS, Núbia Schaper. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.20, n.4, dez. 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=es&nrm=>>. Acesso em: 26 abr. 2009.

SANTOS, Ricardo Gomides. Primeiros fios. In:_____. **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A Casa. Editora Hucitec, 2006.p. 09-13.

SARACENO, Benedito. Reabilitação Psicossocial; uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 150-154.

SCHNEIDER, Laidiara. **O Acompanhamento Terapêutico na Clínica da Psicose**. Palhoça: UNISUL, 2009.

SILVA, Alex Sandro Tavares da; SILVA, Rosane Neves da. A Emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.26, n.2, p.210-221, jun. 2006. Disponível em: < http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005> . Acesso em: 01 mai. 2009.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Revista de Organizações Rurais e Agroindustriais**, Lavras, v.7, n.1, p. 70-81, 2005. Disponível em:

<http://netuno.lcc.ufmg.br/~michel/docs/TextosDidaticos/ciencia_e_metodologia/analise%20de%20conteudo.pdf>. Acesso em 27 set. 2009.

SIMÕES, Cristiane Helena; KIRSCHAUM, Débora Isane Ratner. Produção Científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.3, n.26, p.392-402, dez.2005.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2009.

SUS – Sistema Único de Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Comissão Organizadora da II CNSM. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** – Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio%20Final%20III%20CNSM.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2009.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59, jan/abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci_arttext&tlng=es> . Acesso em: 22 jul. 2009.

VARELLA, Maria do Rosário Dias. et al. Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. **Psyche**, São Paulo, Ano X, n.18, p. 129-140, set.2006.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.28, p. 151-164, jan/mar. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013> . Acesso em: 22 jul. 2009.

ZAMIGNANI, Denis R.; WIELENSKA, Regina Christina. Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (org). et al. **Sobre Comportamento e Cognição**: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação. 1.ed. Santo André: ESETec. 1999. 4 v. p. 156-163.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTADados de identificação:

Sexo: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Caso possua ensino superior: Há quanto tempo concluiu a graduação? _____

1. Você possui alguma formação/especialização em saúde mental? Qual? E em acompanhamento terapêutico?
2. Há quanto tempo atua como acompanhante terapêutico?
3. Para você quais são os objetivos do acompanhamento terapêutico?
4. O que você considera função do acompanhante terapêutico?
5. Quais características você avalia como necessárias para atuar como acompanhante terapêutico? Por quê?
6. Qual a queixa apresentada, na maioria das vezes, pelos requisitantes do acompanhamento terapêutico?
7. Com quem é estabelecido o contrato do acompanhamento terapêutico?
8. Em geral, qual o diagnóstico das pessoas que acompanha?
9. Há outros profissionais atendendo as pessoas que você acompanha? E há uma proposta de intervenção elaborada por esta equipe? Caso haja, como é elaborada esta proposta?
10. Com que frequência você realiza seus acompanhamentos?
11. Em média, qual a duração de cada encontro com o acompanhado?
12. Em geral, a pessoa acompanhada possui, semanalmente, quantas horas de acompanhamento realizado por você e por outros acompanhantes?
13. Descreva quais são os procedimentos realizados desde o primeiro contato, em que é solicitado ou indicado o acompanhamento terapêutico, até o primeiro acompanhamento propriamente dito.
14. Você utiliza algum referencial teórico para basear suas intervenções? Se sim, qual?
15. Você costuma utilizar algum instrumento para intervir durante o acompanhamento? Quais? (Ex. testes, entrevistas)

16. A que lugares você costuma ir com seu acompanhado? Como são escolhidos estes lugares? Que critérios você utiliza para decidir aonde ir com o acompanhado?
17. Que tipos de limites são estabelecidos durante o acompanhamento terapêutico?
18. Quais as vantagens e desvantagens do acompanhamento terapêutico? Por quê?
19. Quais as limitações apresentadas por seu(s) acompanhado(s) no início do acompanhamento terapêutico? Houve alguma alteração dessas limitações, no decorrer do acompanhamento? Quais? A que fatores você atribui tais alterações?
20. O que você entende por autonomia?
21. Quais as intervenções realizadas por acompanhantes terapêuticos promovem a autonomia da pessoa acompanhada? Por quê?
22. Você realiza alguma dessas intervenções? Quais?
23. Que critérios você utiliza para identificar a autonomia na pessoa acompanhada?
24. Com relação às pessoas que acompanha, você consegue perceber alguma mudança no comportamento delas? Quais? A que fatores você atribui essa mudança?
25. O acompanhamento terapêutico é visto como um serviço que atua na perspectiva da reabilitação psicossocial. Você concorda com isto? Por quê?