

CONSTRUINDO REDES: OS ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS EM RECIFE – PE

Ananda Kenney da Cunha Nascimento

Universidade Católica de Pernambuco

Ana Carolina de Moraes Silva

Universidade Estadual de Londrina

Marcus Túlio de Caldas

Universidade Católica de Pernambuco

Recebido em: 15/02/2020

1ª revisão em: 14/05/2020

Aceito em: 24/09/2020

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender a ação clínica dos acompanhantes terapêuticos (Ats) nas redes sociais da cidade de Recife – PE. Realizou-se um estudo qualitativo, de cunho fenomenológico existencial com cinco Ats, utilizando a narrativa colaborativa como instrumento. Em um primeiro momento, individualmente, cada participante se expressou livremente. Após, realizou-se um encontro grupal com os mesmos participantes. Na análise das narrativas, fez-se uso da hermenêutica filosófica de Gadamer, compreendendo a clínica do Acompanhamento Terapêutico em suas diferentes possibilidades de ação clínica com as especificidades inerentes ao seu campo de atuação, a partir da experiência de quem a pratica. Nessa direção, percebeu-se que os Ats estão inseridos nos seguintes seguimentos: acompanhamento clínico com foco em saúde mental – particular ou institucional –, formação, supervisão e pesquisa. Contudo, constatou-se que eles estão operacionalizando ações segregadas. Em contrapartida, os Ats demonstraram almejar um lugar mais delimitado, o que inclui organização, institucionalização, formalização e profissionalização desta prática.

Palavras-chave: clínica; social; saúde mental; formação profissional; psicologia.

BUILDING NETWORKS: THERAPEUTIC ACCOMPANIMENTS IN RECIFE – PE

ABSTRACT

This research aimed to understand the clinical action of therapeutic companions (Ats) on social networks in the city of Recife – PE. We conducted a qualitative study, of an existential phenomenological nature with five Ats, using the collaborative narrative as an instrument. At first, individually, each participant expressed himself freely. Afterwards, we held a group meeting with the same participants. In the analysis of the narratives, Gadamer's philosophical hermeneutics was used, comprising the clinic of Therapeutic Accompaniment in its different possibilities of clinical action with the specificities inherent to its field of action, from the experience of those who practice it. We realize that the Ats are inserted in the following segments: clinical follow-up focused on mental health - private or institutional -, training, supervision and research. Was found that they are operating segregated actions. In contrast, the Ats have desired for a defined place, including organization, institutionalization, formalization and professionalization.

Keywords: clinical; social; mental health; professional training; psychology.

CONSTRUYENDO REDES: ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS EN RECIFE – PE

RESUMEN

Esta investigación objetivó comprender la actuación clínica de los acompañantes terapéuticos (Ats) en las redes de apoyo de Recife – PE. Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico existencial con cinco Ats, utilizando como instrumento la narrativa colaborativa. Inicialmente, cada participante se expresó libremente de forma individual. Enseguida, se realizó una reunión grupal con los mismos participantes. En el análisis de las narrativas, se utilizó la hermenéutica filosófica de Gadamer, comprendiendo la clínica de Acompañamiento Terapêutico en sus diferentes posibilidades de la acción clínica con las particularidades inherentes a su campo de actuación. Como resultado, se concluyó que los Ats están agrupados en los siguientes segmentos: acompañamiento clínico centrado en la salud mental - privado o institucional -, formación, supervisión e investigación. Se constató que los individuos están operando acciones segregadas. En contraste, los ATs apuntan a un lugar definido, que incluye la organización, la institucionalización, la formalización y la profesionalización.

Palabras clave: clínica; social; salud mental; capacitación profesional; psicología.

INTRODUÇÃO

Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma clínica recente, datada da década de 1960, criada na Argentina pelo Dr. Eduardo Kalina, psiquiatra argentino que chamou, inicialmente, o profissional que exerce esta prática clínica de “amigo qualificado”, nomenclatura que foi questionada pelo seu caráter amistoso. Com o intuito de se atingir o caráter terapêutico e profissional desejado, modificou-se para “acompanhante terapêutico” (At). O AT, modalidade clínica, foi trazida para o Brasil, também na década de 1960, pelo Dr. Marcelo Blaya que teve sua formação nos Estados Unidos, praticou e ensinou a residentes na Clínica Pinel, em Porto Alegre, chamando a este profissional de “atendente psiquiátrico”. Pouco tempo depois, esta prática clínica chegou ao Rio de Janeiro, conduzida pela Dra. Carmem Dametto – psiquiatra brasileira e aprendiz do Dr. Marcelo Blaya –, aplicando-a na Clínica Villa Pinheiros. Chamou a este profissional de “auxiliar psiquiátrico”, nomenclatura que, posteriormente, também sofreu modificação, igualando-se à da Argentina.

Deste modo, o AT surge, expande-se e solidifica-se como uma possibilidade de modalidade de ação eminentemente clínica que busca viabilizar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico (Gruska & Dimenstein, 2015), contribuindo com a proposta de desospitalização. Visto que este atua, predominantemente, nos momentos de crise dos pacientes, evitando internações. Por isso, Carvalho (2004, p. 22) nos diz que o AT “se apresenta como um recurso de vanguarda na atenção à saúde mental. O Acompanhamento terapêutico tem sido um importante recurso de tratamento em situações nas quais outras possibilidades de tratamento falharam ou mostraram-se insuficiente”.

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

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem por vários setores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da rede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. . . . As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (Amarante, 2019, p. 86).

Nesse contexto, o profissional At assume a função de agente de saúde na vida cotidiana, atuando com uma postura ativa, sendo por vezes coadjuvante, outras vezes figurante e, quando necessário, protagonista. Isto por ter como instrumento primordial a ação nos espaços onde ocorrem as diversas cenas que compõem as tramas da vida cotidiana. O que só é possível pelo fato do At ter como especificidade de sua ação clínica o “setting ambulante” que permite o não afastamento do acompanhado do convívio social, de sua família, de sua casa e das atividades de lazer, assim como amplia o mundo do usuário, desmistificando o rótulo de doente (Gulassa, 2018).

O At se constitui um profissional diferenciado por proporcionar um trânsito fluido de dentro para fora das instituições, uma “desinstitucionalização da clínica” (Palombini, 2006, p. 117), em um trabalho criativo, pautado nas transições que atravessam a vida do sujeito, seu núcleo familiar e seu território (Ferro, Mariotti, Holanda, & Nimtz, 2018). Perpassa, portanto, por vários setores sociais, buscando estabelecer vínculos na sociedade, complementares aos recursos utilizados no interior dos serviços de atenção psicossocial. Porém “sem perder a potência terapêutica e intencionalidade do encontro” (Carvalho, 2004, p. 62), por manter a referência e o enquadre, elementos que legitimam a relação entre acompanhante e acompanhado em qualquer espaço físico.

Diante da expansão desse campo, percebeu-se a ausência de publicações que citem a ação clínica desenvolvida pelos Ats em Recife – PE. Assim sendo, esta pesquisa teve como objetivo compreender essa ação em suas diferentes possibilidades, nas redes sociais da cidade de Recife – PE.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa de cunho fenomenológico existencial, fazendo uso da hermenêutica filosófica de Gadamer (2015), a qual fundamentou toda a trajetória desta pesquisa. Partiu-se do entendimento que toda compreensão do homem é uma interpretação das condições históricas advindas da tradição, da qual ele faz parte. Nessa linha de raciocínio, o conceito de representação cartesiana, embora fundamental na construção da ciência moderna, não possibilita ao homem lidar com todas as questões que vêm a ele, sejam referentes a ele mesmo, aos outros ou ao mundo. Neste âmbito, o modo de pesquisar e compreender fenomenológico existencial diz de um caminhar em busca dessa consciência histórica.

Nesta direção, recorreu-se a Thiollente (1986) para fundamentar a estratégia de amostragem utilizada na eleição dos participantes, sendo do tipo amostra intencional que diz respeito à eleição de um pequeno número de participantes com relevância social para a temática pesquisada a fim de construir narrativas sobre suas experiências. De acordo com a proposta de Benjamin (1985/2012), as narrativas se constituem como uma via de apreensão da experiência. Então, quando os participantes narram suas vidas, eles com-partilham de seu existir,

testemunham de si e trazem em suas narrativas a riqueza das experiências contadas em seus múltiplos sentidos.

PARTICIPANTES

Participaram deste trabalho cinco Atps com vasta experiência na área, totalizando, cada um, mais de cinco anos de experiência com pessoas em sofrimento psíquico, físico ou ambos, com dificuldade de inserção social. Cada participante está inserido em, no mínimo, um dos segmentos clínicos: formação (estudo teórico somado à prática clínica supervisionada), drogadição, saúde/doença mental em diferentes abordagens clínicas (neste estudo, especificamente, Psicanálise e Terapia Cognitivo Comportamental) e acompanhamento de idoso.

Tais participantes foram encontrados a partir da divulgação na rede de contatos da entrevistadora. A busca se deu por pessoas que experimentam o fenômeno do AT e são importantes para a sua construção histórica na cidade, construiu-se, portanto, uma amostra intencional (Thiollente, 1986). Ou seja, cada participante atendia a, ao menos, um dos critérios dos segmentos clínicos a fim de ilustrar, por meio de suas experiências, diferentes frentes de trabalho desenvolvido na clínica do AT, o que foi útil para a garantia da qualidade desta pesquisa.

A seguir, os profissionais que se disponibilizaram a colaborar com este estudo são apresentados na Tabela 1, compartilhando suas experiências – tradição –, se permitindo à ação de lançarem-se nas incertezas, demonstrando uma disposição de abertura. Insta registrar que os nomes são fictícios para garantir sigilo e anonimato aos participantes.

Salienta-se que Larissa realizou a proposta de formação oferecida por Felipe, indicando o curso a Luciano, que o realizou no mesmo período que Marcela. Desse modo, percebe-se que as histórias individuais dos participantes se entrecruzam, há anos, e laços foram se constituindo.

A fim de contextualização, também é relevante destacar o momento histórico vivenciado por Felipe, no qual teve a oportunidade de conhecer e assistir palestras e cursos com pessoas importantes para o AT, tais como: Eduardo Kalina, Carmem Dametto e as autoras argentinas Mauer e Resnizky. Nessa época, o profissional era chamado de “auxiliar psiquiátrico”, como nomeou Dametto (1972/2012).

Tabela 1.
Caracterização dos participantes.

Nome	Formação Profissional	Contato inicial com o AT	Experiência clínica no AT	Abordagem clínica
Bruna	At, psicóloga e professora	Em 1996, em uma palestra	Tem experiência com saúde/doença mental, acompanhando casos de déficit de habilidades sociais, transtornos de ansiedade, de humor, fobias específicas e inadequações sociais	Terapia Cognitivo Comportamental
Felipe	At, psicólogo e formador em AT.	Na década de 1980, por meio de textos argentinos e estágios na graduação	Tem vasta experiência em saúde/doença mental com o público de psicose, neuroses graves, álcool e outras drogas, de modo individual e grupal	Psicanálise
Larissa	At e psicóloga	Em 1994, a partir de uma experiência prática na graduação. Também realizou o curso de formação	Tem experiência em saúde/doença mental com quadros clínicos de depressão, psicose e alcoolismo. Acompanhamento de idosos. Trabalhou com drogadição em uma organização não governamental	Psicanálise
Luciano	At e psicólogo	Em 1996, por meio do curso de formação oferecido por Felipe	Trabalhou com diversos públicos no âmbito da saúde/doença mental, no entanto, parou de realizar acompanhamentos de longa duração. Mantém vínculo com alguns acompanhados em situações específicas	Psicanálise

Tabela 1. Continuação.

Nome	Formação Profissional	Contato inicial com o AT	Experiência clínica no AT	Abordagem clínica
Marcela	At e psicóloga	Em 1996, por meio do curso de formação oferecido por Felipe	Tem ampla experiência com saúde/doença mental e idosos. Já trabalhou com pessoas que não tinham transtorno algum, mas estavam vivenciando uma situação difícil na vida. Atualmente, trabalha também com autismo	Psicanálise

INSTRUMENTOS

Para a construção de informações, o instrumento utilizado foi a narrativa colaborativa a partir de uma pergunta disparadora. Em um primeiro momento, individualmente, cada participante pode expressar-se livremente, guiados pela seguinte pergunta disparadora: "Como vem se dando sua ação clínica como Acompanhante terapêutico?". Em um segundo momento, realizou-se um encontro grupal com os mesmos participantes, no qual foi solicitado a estes que se dispusessem à conversação sobre suas experiências uns com os outros, favorecendo uma possibilidade de encontro entre si, guiados pela seguinte pergunta: "Como vocês compreendem o desenvolvimento da ação clínica dos Acompanhantes terapêuticos em nossa cidade?".

Entende-se dispor à conversação como uma proposição aos participantes a um diálogo genuíno e autêntico. Isso inclui a participação do pesquisador, em uma conversa sem planejamento, sem regras, sem convenções, sem estrutura única, sem alguém que "conduza". Para que assim, seja possível o acontecer de um entendimento, o que só ocorrerá se houver a acomodação do outro (fusão de horizontes) (Lawn, 2011).

Desse modo, percebe-se que o pesquisador mantém uma postura de abertura ao fenômeno. Sendo assim, a historicidade do pesquisador entra em cena, porque, ao eleger uma questão, ele está acompanhado de seu horizonte (perspectiva sobre o mundo adquirida por meio da linguagem, de geração em geração), de sua tradição. No entanto, quando se dispõe a uma postura de abertura ao diálogo, seja com os participantes ou com o texto escrito, os quais também têm seu próprio horizonte, torna-se possível uma conexão produtiva entre tais horizontes. Portanto, favorece que outra possibilidade de compreensão para

interpretação venha a emergir, possibilitando entendimentos acerca do fenômeno em questão (Lawn, 2011).

PROCEDIMENTOS

A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 027/2011, a entrevistadora entrou em contato com os participantes previamente selecionados a fim de agendar dias e horários para os dois encontros, pois ocorreram em dias distintos, e definir locais em comum acordo.

Nos encontros individuais, a pesquisadora se dirigiu aos consultórios dos participantes e as entrevistas duraram cerca de 1 hora cada. Destaca-se que estas só aconteceram mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes. O encontro coletivo ocorreu, posteriormente, em espaço amplo e confortável cedido por um dos participantes. Este segundo encontro durou aproximadamente 2 horas. Ressalta-se que todas as entrevistas foram gravadas na íntegra em áudio, porém o encontro coletivo também foi filmado a fim de facilitar a localização das falas de cada participante.

ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Na construção das informações, buscou-se elaborar entendimentos acerca das narrativas. Lembrando que Gadamer (2015) afirma que toda compreensão é preconceituosa, pois cada ser humano tem uma tradição que o acompanha (horizonte), a qual é transmitida de geração em geração (histórico) por meio da linguagem (Lawn, 2011). Compreende-se linguagem não como um sistema de sinais – um instrumento –, mas como aquilo que fala, uma provocação à revelação de uma situação ou do tema de um texto. Isto, pois ela “revela o nosso << mundo >>, o espaço que rodeia e une os participantes, num << jogo >> em que entram os seus preconceitos” (Bleicher, 1980, p. 163).

Partindo desta compreensão, Bleicher (1980) afirma que a existência, por ser histórica, contém um horizonte próprio, o qual é linguístico. Sendo assim, de acordo com Lawn (2011), Gadamer afirma que por meio da linguagem é possível que a verdade seja desvelada por causa do encontro entre o familiar (as pré-compreensões, os pré-conceitos, os pré-julgamentos) e o desconhecido (o novo). Por isso, a partir da conversação compreendida enquanto diálogo genuíno, Gadamer (2015) propõe uma abertura à linguagem e à compreensão, o que implica em disponibilidade para o novo e, se assim acontecer, se dará a “fusão de horizontes” (*Horizontverschmelzung*). Vale ressaltar que:

a “fusão dos horizontes” é, basicamente, uma inspiração; nunca pode ser totalmente obtida ou finalmente completa. A sugestão de uma fácil acomodação de um horizonte por outro, com estabelecida harmonia e completo acordo, está longe das intenções de Gadamer (Lawn, 2011, p. 92).

Porém, quando a fusão de horizonte ocorre, realiza-se uma plena conversação, já que o que foi expresso não é mais de um, nem do outro, mas é comum a ambos. Isto, porque houve uma conexão entre os horizontes do intérprete com o significado de um texto ou a posição de um colega e eles se engajaram em diálogo, deixando aberta a possibilidade de mudança ou não de opiniões, resultado de uma provocação aos preconceitos (Bleicher, 1980; Lawn, 2011). Logo, se assim acontecer, será possível chegar a uma narrativa final que será construída a partir do diálogo entre os participantes, os pesquisadores e os textos dos teóricos que embasaram esta pesquisa. Corroborando a noção de ser-no-mundo-com-os-outros, fundamentada na fenomenologia existencial.

Desse modo, os resultados e discussão deste trabalho serão expostos de forma conjunta, a fim de apresentar os diálogos construídos, sendo divididos de acordo com os dois momentos da construção de informações: 1) Quem se movimenta? Uma provocação e 2) Lançados no horizonte da conversação: um encontro coletivo. Sendo o primeiro momento criado a partir dos encontros entre a entrevistadora e cada participante individualmente; e o segundo momento construído coletivamente, entre a entrevistadora e todos participantes.

Tendo como base esta perspectiva metodológica, vale salientar que, quando o texto se referir à entrevistadora, diz respeito à autora principal deste artigo que também é At e foi quem conduziu os encontros, implicando-se na construção de uma narrativa colaborativa acerca do tema pesquisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

QUEM SE MOVIMENTA? UMA PROVOCAÇÃO

No primeiro momento, um elemento importante a ser observado é que a maioria dos participantes tem em comum a formação em Psicologia, o que demonstra quanto atual é o dado que fora apresentado por Carvalho (2004), quando tratava do perfil do profissional At no Brasil. Santos et al. (2015) também expõem a prevalência de estudos da Psicologia sobre o AT na pós-graduação brasileira. Abordando esse assunto, Bruna falou que, por mais que existam Ats com outras formações profissionais, ela percebe que falta “estudar um pouco, tá faltando talvez traçar melhor o perfil . . . do bom At” (*sic*), para que isso possa ser mais bem estimulado na formação em AT.

Então, por perceber essa carência, por praticidade e pela convivência com a classe de psicólogos, Bruna falou que já procura esses profissionais – geralmente seus ex-alunos – para dar treinamento com o intuito de que eles possam tornar-se Ats e fazer parte de sua equipe. Sobre isso, Felipe contou que a maioria das pessoas que o procura são estudantes ou psicólogos já graduados. Acrescentou que teve a experiência de formar uma equipe de profissionais variados em um serviço público de saúde – desde os administradores aos funcionários de serviços gerais –, sendo todos participantes do mesmo grupo.

É preciso perceber as singularidades dos dois modos de conduzir, de Bruna e Felipe, os aspirantes a Ats. Bruna oferece treinamento e não formação. Ela esclareceu a diferença conceitual e afirmou que treinamento é mais focal e tem menor duração e em paralelo a isso, ela orienta leituras e dá supervisão. Enquanto Felipe, tem uma proposta de formação com duração de 2 anos e meio, com encontros semanais com duração de 2h cada, envolvendo estudos teóricos e supervisão em grupo. Para Felipe, a proposta de formação não pode ser engessada, porque “num encontro com as pessoas algo de novo surge . . . a partir do momento atual pode estar acontecendo algo novo teórico e clínico” (*sic*).

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

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

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

Vale salientar que, todos trouxeram a vivência desses papéis, contextualizando um período de transição. Diferentemente de Bruna que se sente apoiada pela sua abordagem clínica, a qual lhe dá suporte para a experiência simultânea quando necessário, pois compreende que “ser At [fundamentada na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)] é tentar . . . trazer a terapia pra dentro do dia a dia do paciente” (*sic*). Entretanto, afirmou que evita assumir esses papéis simultaneamente e busca introduzir outros Ats no caso, até pela importância na vida do acompanhado da ampliação e da construção de vínculos com diferentes pessoas (Gulassa, 2018).

Diante destas afirmações, ingressou-se o debate sobre o olhar acerca dessa divergência de compreensões entre função e profissão, pois, desde que a entrevistadora começou a estudar o AT, já se inquietou com esse discurso. Afirmou ter sempre a sensação que o AT não tinha um lugar, um contorno para

sua prática clínica, algo que o fundamentasse sem necessitar tornar-se uma dissidência das escolas ou abordagens clínicas da Psicologia.

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

Entretanto, ainda inquieta com essa questão, a entrevistadora compartilhou com todos os participantes que só pode se tranquilizar para continuar a trajetória no AT – porque em muitos momentos pensou em desistir de investir na formação – quando, além de tratar dessa discussão em seu grupo de formação, teve acesso a alguns dados no decorrer dos seus estudos para a composição desta pesquisa. Dentre eles estão algumas publicações argentinas, notícias do congresso de AT que aconteceu em 2012 na Argentina, suas experiências clínicas díspares como psicóloga e como At, e, principalmente, o código de ética desenvolvido pela AATRA (Bustos & Frank, 2011). Este último, em particular, porque, além de ter favorecido subsídios para afirmar sua ação clínica, contribuiu para uma compreensão da clínica do AT mais estabelecida, no sentido da uniformidade da concepção do que é e do lugar que o At assume profissionalmente. Portanto, esse entendimento do AT instituído, enquanto profissão regulamentada com normas e diretrizes construídas e compartilhadas coletivamente demonstra a vivência grupal necessária à clínica do AT no Brasil.

Diante dessa informação, Bruna falou que a profissionalização do At pode vir a ser algo alarmante para uma parte da classe de psicólogos que se acomoda no consultório e não recorre a outras estratégias clínicas que promovam a melhora dos clientes. Então, é provável que essa parcela se sinta ameaçada diante da possibilidade de perda da clientela. Marcela e Felipe também falaram sobre o assunto e contaram que têm tido informações sobre alguns psicólogos que têm se promovido como Ats na cidade, sem nunca terem passado por nenhuma espécie de formação, estudo teórico ou supervisão em AT. Situação que assusta, pois o AT tem se expandido. Assim, muitos falam das demandas contemporâneas, discursam sobre a ação política que o AT carrega (Silveira, 2016) desde seu nascedouro comumente com a Reforma Psiquiátrica (Souza & Pontes, 2017) e alguns adotam a nomenclatura sem conhecerem a serviço de que e de quem surge essa clínica.

Portanto, no Brasil, essa prática clínica se depara com ausência de um órgão regulador e com uma classe de profissionais que ainda não se reconhecem como tal. Então, o que se pode e deve-se fazer é operacionalizar o discurso do AT enquanto dispositivo de cuidado e clínica do cotidiano. Porque não basta apenas alguns saberem e guardarem os conhecimentos para si ou compartilharem

apenas com um grupo seletivo. Mas é preciso que os Ats, enquanto atores na realidade social, assumam o compromisso de esclarecer o meio científico, os outros profissionais e a população. Tal esclarecimento pode se dar de diversos modos, entre eles: a propagação das informações sobre a clínica do AT por meio de eventos e a divulgação dos espaços e profissionais que oferecem formação, treinamento e supervisão em AT nas mídias.

Diante dessa problemática, recorreu-se às compreensões dos Ats sobre as especificidades da atuação. Os participantes falaram que é preciso que o At tenha algumas características, o que está para além do conhecimento teórico. Com isso citaram alguns modos de ser necessários ao At, dentre eles: ser ético, ser educado, ser responsável, ser criativo, ter habilidades de percepção e observação, ter a sensibilidade de perceber o feeling diante das situações que acontecem no espaço cotidiano, ser capaz de perceber o limite tênue entre dar ou não limite e como dar, saber ser próximo sem ser íntimo e, por fim, considerar muito a emoção.

Uma frase marcante que todos os participantes verbalizaram, individualmente, foi “não é para todo mundo ser At” (*sic*; todos os participantes). Entretanto, a entrevistadora apontou a necessidade de complementar esta frase a fim de clarificar esta afirmação, tendo como base em uma ideia de seu supervisor na clínica do AT: para ser At é preciso, além de ter conhecimentos teórico e técnico, ter disponibilidade afetiva e temporal. Especialmente, porque o At não pode adequar os acompanhados aos seus horários e preferências, mas todo o projeto terapêutico tem que ser construído singularmente com base nas atividades necessárias ao acompanhado.

Por isso, o setting do AT é ambulante, o enquadre é sustentado pelo vínculo estabelecido entre At e acompanhado e o tratamento acontece por causa da relação de cuidado que se constitui a cada dia (Silveira, 2016). Larissa complementou que, para além de todas as compreensões que se possa ter sobre o At, ele é um “profissional da emoção” (*sic*) e precisa lidar com o seu mundo emocional, com o do outro e, portanto, com a emoção na vida cotidiana.

Todos os participantes compartilharam da compreensão de cuidado, falando sobre a importância do At ser e se sentir cuidado, ter uma válvula de escape, um espaço onde possa metabolizar o que foi experienciado na ação e na relação com o acompanhado. Para Ferro et al. (2018, p. 71), “espaços de discussão dos casos, seja na forma de supervisão, de conversas com profissional de referência, da participação nas reuniões de equipe, são fundamentais para proporcionar a sustentação para tal escuta”. Ou seja, referiram-se ao conhecido tripé que sustenta toda a ação clínica de um profissional: estudo teórico, supervisão e trabalho pessoal.

Sobre esse tripé, os participantes alertaram: a importância da vivência cotidiana com o acompanhado é algo que supera o estudo teórico, mas que não o substitui; a supervisão precisa ser dada por um profissional com experiência

cronológica maior que o At na clínica do AT; e o trabalho pessoal é imperativo para o exercício profissional, pois é preciso que cada um possa trabalhar sua onipotência e seu narcisismo.

Com Felipe, Larissa e Luciano pode-se conversar mais especificamente sobre outra temática importante a ser discutida que é o abandono gradativo da prática clínica do AT. Visto que os três estão vinculados de outro modo com o AT que não o contato direto com acompanhados no cotidiano. Todos afirmaram que existem vários fatores para esse fenômeno, dentre eles estão: a indisponibilidade temporal, o desgaste físico que a atividade do AT gera e a má remuneração. A esta última atribuem, provavelmente, à falta de (re)conhecimento da importância do trabalho que o At realiza de forma complementar ao tratamento das pessoas em sofrimento.

Entretanto, os três participantes sustentaram que se sentem vinculados ao AT pela construção sólida de uma história de ampla experiência profissional no exercício clínico do AT; pelo trabalho que desenvolvem em equipe, inserindo Ats para trabalharem em parceria com eles, como psicólogos; pela formação oferecida em AT; e pela prática como supervisores em AT. Acrescentaram também que há a possibilidade de vincular-se ao AT também por meio da pesquisa, como é o caso da entrevistadora.

Sobre esta última possibilidade de atuação no campo do AT, os Ats foram interrogados sobre o porquê deles desenvolverem uma prática clínica há anos na cidade de Recife – PE e não existir nenhum material publicado sobre essa ação. Todos os cinco falaram que, por escolha e afinidade, se percebem mais clínicos que teóricos e pesquisadores. Então, buscaram outros meios para propagarem o AT, tais como grupos de estudo, rodas de conversa entre profissionais e a própria prática clínica. No entanto, Felipe falou que tem pensado na formalização e em uma melhor divulgação de seu trabalho com formação, pois tem percebido a carência e as distorções que vêm se dando no campo do AT na cidade.

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

É importante abordar outra questão que demonstrou ser uma vivência inovadora na cidade de Recife, embora estivesse há vários anos no campo do desejo de muitos profissionais, que foi a abertura dos serviços públicos à formação dos profissionais da rede de saúde em Ats e não apenas uma fresta para a prática do AT. Isto vem acontecendo, desde 2012, com a inserção do formador Felipe em um dos serviços substitutivos da rede de saúde mental da cidade.

Percebe-se que essa é uma tendência dos novos rumos que as políticas públicas da saúde vêm tomando, por se perceberem diante de diversas urgências, dentre

elas: as demandas da população que vive em sofrimento psíquico, físico ou ambos; a necessidade dos profissionais que se percebem carentes de um respaldo teórico e técnico para sua prática cotidiana; e o surgimento de novos serviços substitutivos de atendimento à população. Cunha, Pio e Raccioni (2017) destacam que as maiores dificuldades da implementação do AT nos serviços públicos de saúde mental dizem respeito à capacitação profissional, a falta de recursos humanos e financeiros dos serviços, e a comunicação entre as novas políticas de saúde e os serviços da rede.

Desse modo, fica explícito que esses “novos” profissionais precisam ser agregados à equipe que, mesmo com caráter multiprofissional, constata que não há como dá conta de tantas especificidades da clínica, contando apenas com os profissionais já regulamentados nos serviços e com suas funções delimitadas. Essa realidade corrobora que o AT é, de fato, um dispositivo aos moldes foucaultianos, por trazer consigo três características fundamentais: o caráter de novidade, o objetivo de atender a uma urgência histórica e está atrelado a novos dispositivos futuros (Foucault, 1985; Mauer & Resnizky, 2012; Palombini, 2006).

Vale lembrar que, no Brasil, em específico no Rio Grande do Sul, assim como relata Silva (2016), o At já é um cargo oficializado na rede pública. Para Ferro et al. (2018), a prática do AT em serviços públicos de saúde mental necessita da elaboração de algumas estratégias, como contato próximo com a equipe e clareza do processo e dos objetivos terapêuticos, intercalados com momentos de supervisão. Portanto, almeja-se que na cidade de Recife também venha a acontecer seleções públicas oficiais que promovam a inserção dos Ats nos serviços, agregando capacitações com estudos teóricos específicos e supervisão. No intuito de oferecer suporte aos profissionais para assumirem sua função e seu lugar nos diferentes espaços da rede social, seja na esfera pública ou privada.

É importante também destacar que, há 27 anos, vem sendo desenvolvida uma prática diferenciada de AT em instituição privada na cidade, onde Larissa e a entrevistadora trabalharam. Portanto, elas tiveram uma vivência institucional, distintamente dos outros Ats participantes desta pesquisa. Larissa destacou que o que mais caracteriza a diferença do AT particular e em instituição é o trabalho em equipe. Pois, na instituição, a equipe multidisciplinar já existe, tem uma sistemática de funcionamento e o diálogo é garantido; já quando o At trabalha em parceria, com no mínimo o psiquiatra e/ou o psicólogo, é preciso ter criatividade e encontrar modos de viabilizar diálogos que favoreçam a melhor realização do trabalho, o que nem sempre ocorre facilmente.

Larissa, assim como Gulassa (2018), afirmou que a função do At é ser ego auxiliar – conceito cunhado por Moreno, utilizado no Psicodrama, o qual recorre à dramatização de cenas para complementar o processo terapêutico –. Isto é, aquela pessoa que acompanha e cuida da instituição e dos clientes, no sentido de propiciar que ele perceba sua vivência, sendo também extensão do terapeuta, pois Larissa contou que “a gente fazia uma tradução . . . a gente metabolizava a

terapia deles, eles traziam o que viviam e o que se passava na terapia" (*sic*). Neste trecho, Larissa aborda duas funções do At que Kalina (1988) apontou no início dessa prática clínica e que foram atualizadas por Mauer e Resnizky (2008), a saber:

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

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

Conforme percebemos acima, pela importância de melhor esclarecer o lugar desse profissional, torna-se indispensável citar as suas outras seis funções listadas por Kalina (1988) e Mauer e Resnizky (2008). Seguem-nas:

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

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

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

f) *Contribuir com um olhar ampliado do mundo objetivo do acompanhado*, já que o At estabelece um contato cotidiano com os modos de ser do acompanhado em diversos âmbitos, com distintas pessoas, frente a várias emoções e diante das condutas de sua vida diária, relacionadas à alimentação, ao

sono e à higiene pessoal. Tais percepções são essenciais para estabelecer estratégias clínicas necessárias ao projeto terapêutico singular do acompanhado.

g) *Orientar no espaço social*, isto porque, devido ao adoecimento, o acompanhado pode não se sentir pertencente ou não conseguir dominar o espaço social que está inserido. Assim, o At precisa facilitar o reencontro ou a descoberta de novos modos de atuar nesse espaço social.

h) *Intervir na trama familiar*, como é um dos espaços que o At está inserido, ele pode contribuir mediando algumas situações conflituosas entre o acompanhado e seus familiares.

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

LANÇADOS NO HORIZONTE DA CONVERSAÇÃO: UM ENCONTRO COLETIVO

Baseados na compreensão de que a ação clínica do AT se desenvolve na coletividade e que pode ser vivida de distintos modos em vários grupos sociais – na família, na equipe, no cenário cotidiano ou na parceria entre At e acompanhado –, promoveu-se um encontro com todos participantes deste estudo, onde foi possível o acontecer da conversação com caráter de espontaneidade e novidade. Acredita-se que o AT por ser uma clínica em construção, de acordo com Santos et al. (2015), necessita aproximar os Ats que vêm atuando nesse cenário e favorecer momentos de conversação, onde nada é mais de um ou de outro At, mas é de todos. É da clínica do AT, onde horizontes se fundem, constituindo um todo coletivo.

Desse modo, cada At trouxe sua tradição – horizonte histórico – e a pôs em cena, desde o momento inicial, quando a entrevistadora falou sobre suas andanças no campo do AT até culminar nesta pesquisa. Assim, foi proposto que todos também pudessem se apresentar e trazer um pouco de sua história para que, já mobilizados pelo momento inicial/individual, as indagações, os incômodos e reflexões pudessem vir à tona, inclusive as questões da entrevistadora. Pois ela não foi apenas a coletora de dados aos moldes tradicionais, ela foi participante ativa nesse processo de encontros em pares e de encontro coletivo, permitindo-se a afetações e (des)construções.

Logo nesse instante inicial, já foi perceptível a disposição de abertura do grupo, pois as histórias se entrecruzaram, visto que, primeiramente, todos estiveram presentes no 1º Encontro Pernambucano de AT, em 2009. Além disso, os quatro participantes de orientação psicanalítica mantêm vínculos profissionais e de amizade há anos. Entretanto, alguns não estavam sabendo dos projetos de vida, profissional e também pessoal, atuais de cada um, o que foi demonstrado por

meio de alguns momentos de descontração quando contaram algumas vivências, regadas ao bom humor. É preciso ressaltar que o fator impeditivo da aproximação anterior de Bruna (da TCC) com os demais profissionais está relacionado com o fato de, apesar de todos serem psicólogos, cada um tem sua fundamentação teórica em abordagens distintas do campo da Psicologia, o que implica em visões de homem e de mundo peculiares e díspares.

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

Marcela, então, expôs que, por mais que já tenha vivenciado esse exercício – pela necessidade, pela falta de maturidade e por acreditar que foi preciso ir vivendo para formar sua opinião –, atualmente, não acredita que isso seja saudável. Assim como também não concorda com a prática do profissional iniciar como At e depois passar para o consultório, por crer que o acompanhado precisa ampliar seus vínculos e seu trânsito pela rede social. Bruna concordou, porém explicou que assume esse tipo de prática por, muitas vezes, não ter opção de outros profissionais disponíveis que ela possa incorporar à sua equipe, quando está exercendo a função de terapeuta. Marcela corroborou a falta de Ats capacitados na cidade.

Sobre essa questão polêmica, o grupo a tratou como um tema especialmente delicado, por causa das distintas compreensões sustentadas pelas abordagens clínicas. O referencial psicanalítico foi tido como mais rigoroso, no sentido de delimitar o lugar e a função desses dois profissionais, e a Terapia Cognitiva Comportamental foi tida como mais flexível, devido ao entendimento dessas ações como papéis a serem desempenhados. Tomado por essas elucubrações, Felipe ponderou que é pertinente pensar sobre esses e outros assuntos, principalmente, porque o AT está vivenciando um momento de muita produção teórica e técnica e, por isso, alerta que é preciso que tomemos cuidado para “não deformar o AT” (*sic*). Acrescentou que, na Argentina, houve uma discussão acerca dessa temática durante o Congresso Internacional de AT que ocorreu em 2012 e os profissionais desse país consideraram o At como profissional e avaliam essa alternância entre papéis – At e terapeuta – por um mesmo profissional “inadmissível” (*sic*).

Devido a essas novas configurações e delimitações do lugar do At, Felipe afirmou que tem se preocupado com a formalização da formação em AT que vem oferecendo na cidade. Disse que “o AT entra em contato com [várias] teorias [e] a psicanálise só não dá conta. [Então, o AT] dá essa ampliação de visão de homem e de mundo e aí você começa a pensar a clínica de outra forma. É uma quebra de paradigmas.” (*sic*). Ademais, faz-se necessário que isso seja construído

coletivamente na cidade e, por isso, expôs que há um movimento grupal, junto a Marcela e outra At, além de diversos profissionais de outro estado brasileiro, para pensar essa questão. Diante desta informação, Bruna mobilizou-se e desabafou com o grupo que se sente solitária em sua abordagem, em Recife. Adicionou a percepção de que alguns profissionais estão acomodados com o conforto do consultório e com o retorno financeiro da psicoterapia que é maior que no AT e, por esses motivos, não buscam ampliar as possibilidades de cuidado.

Comungando desse incômodo, Luciano falou sobre quão importante é o psicoterapeuta que tem esse olhar ampliado de cuidado, sinalizar para a família e para o cliente que, em determinados casos, o tratamento psicológico não há como progredir sem a intervenção do At. Felipe falou que isso também o incomoda, porque esse ato representa “negligência” (*sic*) diante do cuidado com um ser humano. Isto quando o profissional sabe da existência da ferramenta – AT – que pode ser utilizada e não a utiliza.

Vale destacar que, na cidade, há um desconhecimento significativo do que é o AT e quais as funções do At, embora essa prática venha sendo desenvolvida desde a década de 1970 e, pelos participantes desta pesquisa, a partir da década de 1980. Nesse âmbito, Cunha et al. (2017) também relataram sobre o desconhecimento de profissionais da saúde acerca da prática do AT. Desse modo, é importante que os Ats assumam o compromisso grupal de veicular cada vez mais essas informações. Baseados nisso, os participantes comentaram que todos são mais voltados para o exercício da clínica e percebem que essa ação nas redes sociais da cidade está sendo intensamente vivenciada e tendo implicações diretas na vida das pessoas que vivenciam algum tipo de sofrimento. Todavia, afirmaram que percebem a importância da realização deste estudo, para que o AT também possa adquirir um “caráter mais científico e acadêmico, porque é preciso falar sobre o AT nas academias” (*sic*, Felipe). Em consonância, o estudo de Silva et al. (2015, p. 67) demonstra a expansão do AT nesse contexto, visto que “a literatura nacional sobre AT tem apresentado crescimento substancial nos últimos anos”.

Sobre os estados brasileiros que se destacam com relação ao desenvolvimento da ação clínica dos Ats, Marcela trouxe a sua percepção desse avanço em três cidades: Recife – PE, João Pessoa – PB e Rio Grande do Sul – RS. Pois tem sido chamada para apresentar o AT e falar de sua vivência como At em João Pessoa, onde, até 2012, não havia prática nem formação teórica. Felipe acrescentou que, no Brasil, o desenvolvimento da experiência, não apenas clínica, mas também acadêmica do AT se concentra nas cidades de São Paulo, Brasília e Belo Horizonte.

Atualmente, por compreender o AT como polifônico, isto é, podendo ser falado por diversas vozes, a partir de distintas abordagens teóricas da Psicologia e de outras ciências, Felipe mostrou-se em uma disposição de abertura e convidou Bruna para participar desse movimento pela divulgação do AT na cidade. Essa abertura também pôde ser percebida no grupo, ao final desse encontro, por meio

da troca de informações entre os participantes, o que possibilitará contato posterior entre eles. No entanto, foi perceptível que, no decorrer do encontro, mesmo com essa fala de Felipe, o grupo se mostrou sempre muito mobilizado quando se abordavam questões relativas às diferenças teóricas. Por isso, a entrevistadora realizou uma provocação, pois também se percebeu incomodada com essa temática, desde a construção teórica desta pesquisa, quando optou por não vincular o AT a nenhuma teoria específica da Psicologia.

Sobre isso, Luciano disse que não consegue “descolar, [devido a sua] experiência e formação, o AT da psicanálise” (*sic*), mas afirmou que essa clínica pode sim ser falada por outras vozes, assim como a partir da voz de Bruna nesse grupo. Também provocados por essa fala, os outros quatro participantes compartilharam dessa percepção, por se perceberem como atores dessa mesma história. Marcela acrescentou que eles foram formados com orientação de base analítica e o que vai diferir é a postura no desenvolver da ação clínica, mas o olhar norteador deles é o mesmo.

No entanto, Bruna, por mais que compartilhasse dessa compreensão a respeito das diferenças de fundamentação teórica, indagou ao grupo: “Será que teria como a gente colocar a função ou uma parte desse AT que seja do AT, independente de abordagem? Porque eu realmente não sei responder isso” (*sic*). Marcela se dispôs a responder e afirmou que o que se assemelha é a forma de fazer, as intervenções e o estar no cotidiano executando atividades junto ao acompanhado. Contudo, “a abordagem serve para o profissional, para nortear” (*sic*) tanto na construção do projeto terapêutico do acompanhado como na leitura que se faz do caso clínico.

Por conseguinte, foi possível ampliar essa discussão para além das escolas da Psicologia e trazer as outras construções teóricas fundamentadas em diferentes profissões, como exposto por Santos et al. (2015, p. 74), um “multiatravessamento de saberes”. Assim, essas “várias profissões estão dentro do AT” (*sic*, Felipe). Por isso, o grupo compartilhou da crença que, na formação de AT, é preciso estudar antropologia, filosofia, sociologia, economia, política e outras ciências, para que se construa a “abordagem do AT” (*sic*, Felipe). Marcela acrescentou que o desafio é elaborar uma formação em AT, independente da trajetória profissional anterior.

Diante disso, Felipe assinalou que uma das grandes funções do At é ser elo entre esses profissionais, favorecer o diálogo fluido das informações em prol do exercício do cuidado do acompanhado, “porque a prioridade é o paciente” (*sic*). Ao citar uma das características essenciais da prática do At que é o trabalho em equipe, os Ats falaram sobre a dificuldade de conseguir trabalhar em uma equipe composta pelos diferentes profissionais necessários ao caso acompanhado. Eles disseram que, em suas experiências, o que frequentemente encontraram foi uma composição mínima de At, psicoterapeuta e médico, cujo é, geralmente, psiquiatra ou neurologista (especialidade que, de acordo com Marcela, tem requisitado bastante a inclusão do At na cidade). Em casos graves, com o intuito

de evitar internamento, é comum os Ats lidarem com a presença de um cuidador ou técnico de Enfermagem.

Insta destacar que o grupo percebeu que os Ats, de um modo geral, têm exercidos práticas isoladas, com trabalhos desenvolvidos em pequenas equipes, de modo particular. Quanto à prática em instituições, os Ats afirmaram que, ao longo da história do AT na cidade, os espaços que tinham em sua equipe esse profissional foram fechados; exceto a organização não-governamental citada por Larissa. Desse modo, ressalta-se que o At se constitui em equipe, intra ou extra instituição. Por isso, de acordo com o código de ética desenvolvido pela AATRA, se não houver outro profissional, o At deve se abster do caso (Bustos & Frank, 2011). Contudo, essa informação, dentre tantas outras, ainda não alcançaram a maioria da população recifense, o que reverbera diretamente em uma preocupação.

A respeito da inserção do AT na rede pública, Felipe dividiu com o grupo a experiência do seu trabalho de formação no serviço substitutivo de saúde mental. O que tem lhe deixado esperançoso e gratificado por perceber essa abertura como um “trânsito das implicações do que é um AT real, sem deformidades, na relação com a equipe, com a instituição e com os pacientes” (*sic*).

Diante desses elementos que foram sendo compartilhados, a entrevistadora solicitou que os participantes pudessem lembrar: “O que vocês conseguem visualizar que já foi construído, que já está razoavelmente sedimentado, embora não tenha sido divulgado?” (*sic*). De pronto, comentou sobre sua inquietação diante da percepção frente à carência de produções teóricas, instituições, organizações ou grupos que estejam ativos e atuantes que sirvam como referência no campo do AT na cidade, na atualidade. O grupo se sentiu provocado. Por oportuno, Felipe lembrou a existência do Grupo de Acompanhamento Terapêutico (ATOS), fundado em 2008, que foi o organizador do único evento sobre AT, de maior visibilidade na cidade, que ocorreu em 2009; mesmo ano de encerramento das atividades do Grupo.

Na ocasião, além do trabalho de formação e treinamento desenvolvidos por Felipe e Bruna, respectivamente, os participantes relataram a existência do trabalho do grupo Trilhas Terapêuticas com o oferecimento de cursos e supervisão em AT; e, mais recentemente, foi criado o grupo ATalhos que oferece capacitação profissional e treinamento em clínica do AT.

Em síntese, percebendo as limitações, os Ats almejavam que, essas micro ações que foram sendo pensadas, maturadas e desenvolvidas, embora ainda de modo segregado, possam ser mais compartilhadas, mais divulgadas, para que assim reverbere positivamente nessa clínica que está em construção. Ademais, o convite para lançamento neste horizonte de conversação foi aceito. Diversas possibilidades, indagações e crenças puderam ser postas em xeque, e tudo isso faz parte desse movimento de construção histórica do AT em Recife – PE. Logo, esse encontro coletivo se mostrou indispensável para discorrer sobre as

implicações das ações clínicas dos Ats na cidade, pois os próprios profissionais constataram que precisam transitar mais pelas redes sociais e estabelecer uma maior e melhor interlocução com esse grupo de atores e agentes de transformação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o AT é uma estratégia clínica e política que teve como pano de fundo o movimento pela desospitalização, o que gerou transformações de caráter ético, clínico, político e ideológico no campo da saúde nas últimas décadas. Saúde passou a ser uma questão de política pública – dever do Estado –, por isso os serviços de saúde visam a atender integralmente à população – direito de todos – em todos os níveis de complexidade, isto é, prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Destarte, o AT constitui-se um dispositivo por, principalmente, buscar atender a uma urgência histórica com caráter de novidade e criatividade; aliando-se a outros dispositivos passados e contemporâneos, o que possibilita, por meio de suas fissuras, a produção de novos dispositivos e favorece também transformações.

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

Além disso, a clínica do AT se instituiu como singular, principalmente por abarcar três características fundamentais: a primeira diz respeito ao setting ambulante, o que permite um trânsito fluido entre acompanhante e acompanhado por diversos lugares que constituem a rede social, na qual estão inseridos; a segunda, o contato com a família; e, por último, o trabalho em equipe, já que o At precisa minimamente estar acompanhado de outro profissional para realizar seu trabalho.

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

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

Todavia, recorrendo à história dessa clínica, compreende-se que ela ainda se apresenta em construção. Vale ressaltar que isso vai além de estudos teóricos, porque esse entendimento de construção perpassa pela vivência, pela experiência em ação que ultrapassa diversos muros e fronteiras. Desse modo, este estudo propiciou uma abertura para diversas possibilidades compreensivas acerca dessa prática clínica que envolve uma ação humana de solidariedade e solicitude.

No Brasil, a partir da literatura e das falas dos participantes, percebeu-se a divergência existente entre as compreensões do At como função ou profissão. Insta destacar que em Recife está muito explícita a compreensão do AT como função. No entanto, a inquietude dos Ats e o contato direto com a influência dos teóricos argentinos apontam para a busca de um lugar cada vez mais delimitado para esse campo de atuação, o que inclui organização, institucionalização, formalização e profissionalização.

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

Por isso, a relevância da contribuição desta pesquisa, a qual alcançou o objetivo de apresentar a prática dos Ats no cuidado à saúde mental de modo exemplar a outros estados brasileiros, desenvolvendo ações desde a década de 1980 em Recife. Portanto, espera-se que este trabalho tenha fornecido elementos construtivos para a compreensão acerca das implicações da ação clínica dos Ats nas redes sociais da cidade, considerando sua expansão. Além de ter estimulado que mais profissionais realizem outras pesquisas no tocante à temática em questão.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2019). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. (Trabalho original publicado em 2007).
- Benjamin, W. (2012). *Obras escolhidas volume – I. Magia e técnica, arte e política: Ensaio sobre literatura e história da cultura* (S. P. Rouanet, Trans., 8ª ed.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1985).
- Bustos, G., & Frank, M.L. (Eds.). (2011). *Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones em la clínica. Inscripción institucional*. Buenos Aires: Dunken.
- Bleicher, J. (1980). *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70.
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: Que clínica é essa?* São Paulo, SP: Annablume.
- Cunha, A. C., Pio, D. A. M., & Raccioni, T. M. (2017). Acompanhamento terapêutico: Concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 638-651. doi:10.1590/1982-3703000092016
- Dametto, C. (2012). *O psicótico e seu tratamento*. Petrópolis, RJ: KBR. (Trabalho original publicado em 1976).

- Ferro, L. F., Mariotti, M. C., Holanda, A. F., & Nimtz, M. A. (2018). Acompanhamento terapêutico em saúde mental: Estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(1), 66-74. doi:10.18065/RAG.2018v24n1.7
- Foucault, M. (1985). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Gadamer, H. G. (2015). *Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (15ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1986).
- Gruska, V., & Dimenstein M. (2015). Reabilitação psicossocial e acompanhamento terapêutico: Equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia Clínica*, 27(1), 101-122. doi:10.1590/0103-56652015000100006
- Gulassa, D. C. R. (2018). O acompanhamento terapêutico como multiplicador de egos auxiliares. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26(1), 76-85. doi:10.15329/2318-0498.20180003
- Kalina, E. (1988). *Tratamento de adolescentes psicóticos* (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1986).
- Lawn, C. (2011). *Compreender Gadamer* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mauer, S. K., & Resnizky, S. (2008). *Acompanhantes terapêuticos: Atualização teórico-clínica* (1ª ed. em português). Buenos Aires: Letra Viva. (Trabalho original publicado em 2003).
- Mauer, S. K., & Resnizky, S. (2012). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Palombini, A. L. (2006). Acompanhamento Terapêutico: Dispositivo clínico-político. *Revista Psychê*, 10(18), 115-127.
- Santos, M. A., Mishima-Gomes, F. K. T., Pillon, S. C., Zanetti, A. C. G., Souza, J., Miasso, A. I., & Peres, R. S. (2015). Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: Revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e prática*, 17(2), 64-77.
- Silva, A. S. T. (2016). Versões sobre o nascimento do AT: Práticas, nomes e cargo público. In A. S. T. Silva (Ed.), *E-Book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico* (3ª ed.). Porto Alegre, RS: Edição do autor. Disponível em <https://siteat.net/biblioteca/e-book-at/> (Trabalho original publicado em 2012).
- Silveira, R. W. M. (2016). Relação entre acompanhante e acompanhado: Reflexões acerca do dispositivo amizade-clínica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(3), 333-340. doi:10.1590/1984-0292/1228
- Souza, A. M. S., & Pontes, S. A. (2017). Acompanhamento terapêutico (At) e reforma psiquiátrica: História de uma prática. *Psicologia em Estudo*, 22(3), 335-345. doi:10.4025/psicoestud.v22i3.35235
- Thiollente, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, SP: Cortez.


CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

SOBRE OS AUTORES

Ananda Kenney da Cunha Nascimento é psicóloga pela Faculdade Estácio do Recife – Estácio/FIR, mestre e doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco.

E-mail: anandakcn@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9070-7277>

Ana Carolina de Moraes Silva é graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina. Bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

E-mail: anacaroliamns@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8140-2938>

Marcus Túlio Caldas é médico psiquiatra pela Universidade Federal Fluminense, doutor em Psicologia pela Universidade Deusto-Espanha. É professor e trabalha na linha de pesquisa Práticas Psicológicas Clínicas em Instituições na Universidade Católica de Pernambuco.

E-mail: marcus.tulio@uol.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4407-4744>