



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
GRUPO DE PESQUISA: TRAVESSIAS – NARRAÇÕES DA DIFERENÇA

**A EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO A PARTIR
DA NARRATIVAS DE USUÁRIAS(OS)**

Prof.^a Analice de Lima Palombini

Ana Carolina Brondani

Porto Alegre

2020

Ana Carolina Brondani

**A EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO A
PARTIR DE NARRATIVAS DE USUÁRIAS(OS)**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof^ª. Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2020

RESUMO

A presente pesquisa buscou interrogar o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico (AT) a partir da narrativa de pessoas acompanhadas pelo projeto de extensão ATnaRede/UFRGS. Para tal, foram realizados (2) encontros de roda de conversa e (2) entrevistas que foram audiogravadas e transcritas. As rodas de conversa tiveram referência na metodologia das rodas de pesquisa apoio Paidéia de avaliação de serviços de saúde (FURLAN e CAMPOS, 2014). Utilizou-se o levantamento de núcleos-argumentais e a produção de narrativas para análise do material do campo. Em ambos dispositivos (roda e entrevista), o segundo encontro serviu para apreciação e validação da produção narrativa e aprofundamentos da discussão. Participaram da pesquisa 6 pessoas, 5 no espaço de roda de conversa e 1 em entrevista. A avaliação do AT foi feita pelas participantes a partir da figura de quem as acompanha, com suas características pessoais e profissionais, sendo a sua presença na vida das participantes da pesquisa um dos pontos mais valorizados. As participantes demonstraram relutância em fazer críticas ao acompanhamento. A percepção do trabalho do AT se mostrou variar a partir do tipo de ações desempenhadas pel(a) acompanhante terapêutica(o) que estão relacionadas às suas respectivas áreas profissionais. Por fim, o AT se mostrou, para as participantes da pesquisa, um dispositivo importante de acesso e promoção de direitos sociais e “espaço” para um maior exercício de autonomia.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico, narrativas, pesquisa participativa, atenção psicossocial

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grupo de pesquisa Travessias: Narrações da Diferença pelo sempre acolhimento e inspiração. A cada um por fazerem reverberar na pesquisa a militância e a política que nos move, em especial à Andressa Ercolani Duarte por fazer o processo de desbravar os caminhos de se tornar pesquisadora menos solitários.

À Analice, pela parceria e orientação desde a graduação, responsáveis por tornar esta pesquisa possível. No processo de escrita, por sua leitura atenta a cada linha e sempre cuidadosa com minhas palavras

À Fabiana Colla, bolsista de iniciação científica, pela parceria nos momentos do campo de análises.

Ao projeto ATnaRede, por acolher a proposta de pesquisa, em especial às e aos ats pela aposta desejante e a implicação que tornaram possível a presença e o acesso das participantes à pesquisa. À Vera Pasini e à Analice, que sustentam esse projeto transformador para quem por ele passa.

À UFRGS, universidade pública de referência neste país, e a todas e todos que bravamente lutam para manter o ensino e a pesquisa públicos e de qualidade em meio aos desgovernos e cortes de nosso tempo.

A minha família, por todo apoio durante o mestrado e aos demais caminhos que escolhi trilhar. Também pela paciência com as ausências necessárias para terminar a escrita.

Ao Bruno, pela parceria nas aventuras da vida e por ser meu porto seguro cotidiano.

Às amigas que compartilham da curiosidade pelo mundo e que acolheram os dramas do processo da pós-graduação.

A todas e todos que aceitaram compartilhar um pouco das suas vidas comigo e me autorizaram a transformar em texto parte de suas histórias.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	4
3.	PROJETO AT NA REDE	9
4.	PESQUISAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	12
5.	METODOLOGIA DE RODA	13
6.	NARRATIVAS	15
7.	PROBLEMA DE PESQUISA	18
8.	METODOLOGIA	20
8.1.	PARTICIPANTES	20
9.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
10.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
10.1.	NOSSAS PERCEPÇÕES DO AT, UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA	33
10.1.1.	Concepções do que é o at ligadas à experiência	33
10.1.2.	Entre satisfação e insatisfação, uma avaliação possível	37
10.1.3.	O que o AT trouxe e suas possibilidades	46
10.1.4.	AT como um “respiro” à institucionalização prolongada	49
10.1.5.	AT como dispositivo de acesso a direitos sociais	51
10.2.	UM AT PARA CHAMAR DE MEU: O QUE ESTÁ EM JOGO NO PROCESSO DE ACOMPANHAR E SER ACOMPANHADO	58
10.2.1.	Acesso ao AT em meio às articulações de rede	58
10.2.2.	Despedidas de acompanhantes terapêuticos(os) e seus significados	59
10.2.3.	O que caracteriza relação entre acompanhante e acompanhado	64
10.2.4.	AT onde? Colocando o contexto em questão	74
10.3.	PARA PENSAR A PESQUISA	77
10.3.1.	Condução da pesquisadora nos momentos de campo	77
10.3.2.	Dificuldade de as participantes tecerem críticas	81
11.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	1
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	1
	ANEXO B - Roteiros (roda de conversa e entrevistas)	4
	ANEXO C – Narrativas (roda de conversa e entrevista)	5
	ANEXO D - Convite para roda de conversa	12
	ANEXO E - Resultado trabalho manual sobre pano da roda de conversa	13
	ANEXO F - Parecer Consubstanciado CEP	14

ÍNDICE DE SIGLAS

AJ Acompanhamento Juvenil

AT Acompanhamento Terapêutico

at acompanhante terapêutica(o)

ATnaRede Projeto de Extensão Acompanhamento Terapêutico no Rede Pública/UFRGS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial à infância e adolescência

GERAÇÃO POA Geração/POA – Oficina de Saúde e Trabalho

GUIA–GAM Guia Pessoal de Gestão Autônoma da Medicação

ILP Instituição de Longa Permanência

PAI-PJ Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SUS Sistema Único de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

1. INTRODUÇÃO

A aproximação com o tema desta pesquisa teve um de seus inícios durante a graduação em Psicologia, quando tive a oportunidade de trabalhar com Acompanhamento Terapêutico (AT) no contexto das políticas públicas. Dois espaços foram importantes para o seu delineamento: o projeto de extensão AT na Rede/UFRGS e o estágio no manicômio judiciário¹ do RS. Neste último, a prática de AT foi o dispositivo clínico pensado para auxiliar a desinstitucionalização de pessoas que estavam cumprindo medida de segurança. No projeto AT na Rede, que será campo desta pesquisa, trabalhei entre 2013 e início de 2017 sendo estagiária, bolsista de extensão e, depois de formada, psicóloga voluntária. Neste tempo pude observar como o AT compõe com diversos serviços das políticas de saúde, assistência, educação e justiça na promoção de práticas de cuidado a pessoas em condições de sofrimento psíquico intenso e em situações de vida marcadas por vulnerabilidades sociais.

Como acompanhante terapêutica, foi possível vivenciar as contradições colocadas neste trabalho, o qual objetiva produzir práticas voltadas para a autonomia e o desejo da pessoa que acompanhamos quando vivemos um tempo de regulação dos corpos e condutas, como afirma Foucault (2007) ao analisar as práticas da medicina sob sujeitos desviantes. O AT não está isento de operar como dispositivo desta lógica vigilante e prescritora de condutas. Com o tempo, também foi possível observar que esta contradição não se resolve como se fosse uma fase que, ao ser transposta, deixa para trás as “más” práticas, ou como uma escolha entre um ou outro. A resposta se mostrou mais complexa, em que muitas vezes não se tinha o caminho certo, o jeito certo de se intervir, sendo preciso sustentar as contradições e coletivizar as inquietações.

Depois de formada, continuei o trabalho de AT junto a um grupo de profissionais da área da saúde que se organizaram para pensar a prática coletivamente e manter um grupo de estudos e discussões dos casos que cada um dos integrantes acompanhava. Dessa forma, era possível compartilhar as inquietações do trabalho e apoiar uns aos outros na escuta dos dilemas encontrados neste fazer. Neste espaço de trabalho, que se deu entre 2016 e 2018, pude vivenciar a prática do AT vinculada a redes privadas de saúde, mas que, nem por isto, deixava de ter os questionamentos sobre formas de produzir autonomia e os riscos de entrar

¹ Manicômios Judiciários são locais de cumprimento de medida de segurança de internação. Recebe uma medida de segurança a pessoa que cometeu um crime e por questões de saúde mental não pode responder pelo seu ato.

em um esquema de proteção-vigilância-contenção (GONÇALVES e BARROS, 2013) presente desde os primeiros exercícios desta prática.

A possibilidade de compartilhar sobre o fazer em grupo e discutir as situações em que nos encontramos junto às pessoas que acompanhamos, a possibilidade de ouvir o relato de colegas e reconhecer questionamentos comuns foram partes importantes da minha formação. Igualmente, encontrar as mesmas dúvidas e questionamentos que me habitavam em textos de outras pessoas, em relatos de acompanhamentos feitos em situações diversas, fez parte desta coletivização do fazer AT. Ler e ouvir sobre como a prática do AT influenciou a formação de outras pessoas, inclusive transformando a forma de exercer outras clínicas e outros trabalhos, fez-me pensar sobre os efeitos desta prática na minha forma de trabalhar, seja no AT ou em outros contextos.

Vivi algumas situações em que pude receber uma restituição sobre os sentidos, ou efeitos, que AT produziu em determinados encontros, em determinadas pessoas. Ao contar sobre o que o acompanhamento significou para cada uma delas, também diziam sobre o próprio dispositivo, sobre o que, na sua prática, era importante, com reflexões sobre a postura do acompanhante terapêutico. Estes relatos ficaram comigo, da mesma forma que ficaram com outros acompanhantes que puderam ter momentos assim. Trago algumas destas situações como início de conversa desta pesquisa:

Era uma tarde ensolarada, subi as escadas improvisadas com tábuas que levava ao andar onde as peças de moradia se encontravam. A peça em que Beatriz² morava com o companheiro era a “maior”, pois tinha espaço para uma cama de casal e contava com um banheiro só para eles. Ela me recebeu e sentamos na beira da cama como de costume, conversamos algumas coisas sobre a novela que estava passando na TV, e ela me disse que queria encerrar o AT.

Começou falando que se sentia já bem melhor do que quando estava internada no manicômio judiciário e queria viver a vida dela em paz. Beatriz estava em processo de alta progressiva do manicômio judiciário, seu companheiro também, conheceram-se na instituição. Depois de quase duas décadas internada, fazia pouco mais de seis meses que estava morando ali. No AT, acompanhei este percurso de busca de um lugar para morar e saída da instituição. Ainda mantinha vínculo com o manicômio judiciário, que acompanhava sua alta progressiva da instituição e sua vinculação com a rede de serviços.

² Os nomes aqui mencionados são fictícios.

No meio da conversa de encerramento, ela me disse como havia sido importante o dia em que eu cheguei ao seu quarto, onde ela estava deitada esperando as vozes pararem de “girar” sua cabeça, e convidei para dar um passeio, mesmo ela estando se sentindo mal. Disse-me que durante o passeio ela se sentiu ‘voltando para a realidade’, que a cabeça dela estava ali na rua em que estávamos andando.

“Essa coisa de redução de danos não é pra mim” Foi o que Wilson me falou, acrescentando que não via sentido em ficar conversando sobre seu uso e as situações de risco em que se colocava. Havíamos conversado sobre redução de danos em um de nossos encontros em que ele comentou sobre como era difícil ficar abstinente, que sempre havia algo que o fazia recair e acabar vendendo tudo para comprar droga. Com um ar fatalidade, ele me dizia: “O que eu preciso é não fumar mais”, mas minha sensação era que dizia mais com ares de derrota, como algo quase inalcançável.

Também pude receber uma devolução sobre o trabalho do AT com Fernando: Estávamos tendo uma conversa difícil sobre os conflitos que ele tinha com a sua família. Ao que ele me respondeu que achava que não deveríamos falar sobre isso. Perguntei a ele o que achava que deveríamos fazer no AT. “O AT é pra fazer a gente se sentir bem”: ir ao cinema, fazer um passeio, deveria ser um momento bom. Concluiu dizendo que via o AT como ele sendo um gerente de projeto e eu sua secretária.

O retorno sobre o quê, do trabalho de AT, foi importante para Biatriz, a recusa sem saídas de Wilson e a interpretação de Fernando sobre a minha função de acompanhante terapêutica ficaram reverberando em mim. Aos poucos estas experiências tomaram forma de interrogação de pesquisa.

2. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O Acompanhamento Terapêutico é um campo múltiplo que engloba diferentes profissões, áreas de conhecimento, pressupostos teóricos e campos de atuação, o que gera muitos modos distintos de exercê-lo. Tem sua origem na figura do *amigo qualificado*, localizando-se na Argentina na década de 60 o início desta prática, a partir da influência da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática, posteriormente migrando para o Brasil (GONÇALVES; BARROS, 2013). Simões (2005) traz dois lugares enquanto marcos de inícios do AT no país: o Instituto A Casa no Rio de Janeiro, com o trabalho chamado inicialmente de amigo qualificado, e a Clínica Pinel em Porto Alegre com o trabalho dos auxiliares psiquiátricos. Cabe dizer que o Instituto A Casa não foi a primeira iniciativa em termos temporais. Reis-Neto (2011), ao pesquisar a história do AT no Rio de Janeiro, aponta o início dessa prática na clínica Vila Pinheiros, entre 69 e 76, antes mesmo do trabalho desenvolvido em Porto Alegre. O trabalho no Instituto A Casa se destaca pela possibilidade de produção conceitual escrita e a oferta de supervisão específica para os acompanhantes terapêuticos.

Gonçalves e Barros (2013), ao revisarem trabalhos na área, apontam que o AT passa por uma importante transformação de suas práticas em meio ao processo da Reforma Psiquiátrica e à construção de uma rede de serviços substitutivos (ao manicômio). Se seu surgimento traz um trabalho marcado por atendimento à crise e auxílio ao uso de medicamentos e a tarefas cotidianas - práticas com um caráter vigilante e disciplinar - no contexto de questionamento do modelo manicomial de lidar com a loucura ele é reinventado. O AT é inserido como ferramenta clínica nos CAPS e residenciais terapêuticos (GONÇALVES E BARROS, 2013). Torna-se, assim, produto e produtor de práticas antimanicomiais de desinstitucionalização da loucura. Reis-Neto (2011) aponta mudanças que este dispositivo vem tendo ao longo dos anos de existência, a diferença quanto às horas de duração do trabalho, a passagem dos plantões aos encontros semanais de algumas horas, o abandono de uma prática leiga em prol de uma formação especializada por parte dos acompanhantes terapêuticos (REIS-NETO, 2011).

O trabalho de AT consiste em uma clínica extramuros, ou seja, um dispositivo que se dá comumente em um *setting* aberto, na rua, fora de equipamentos como hospitais, clínicas e escolas. No presente trabalho, tomamos o AT como um dispositivo clínico articulado à rede de cuidados em saúde e saúde mental, que se caracteriza por acompanhar o sujeito em seu cotidiano e auxiliá-lo em busca de maior autonomia e circulação pelo social. Entendemos

AT enquanto um dispositivo clínico-político (PALOMBINI, 2006), na medida em que não se pretende como mais um especialismo, mas como uma prática que tem um enquadre aberto e pautada em uma lógica territorial do cuidado. Essa riqueza de formas e enquadres para o AT gera questões sobre as fronteiras dessa prática. Tal questão é muito discutida na literatura: as proximidades e distâncias de um acompanhante terapêutico (at) com a figura de um amigo (ARAUJO, 2007); proximidade de outros trabalhos que lidam com cuidado no território, como redutor de danos e agente comunitário de saúde (LEMKE e SILVA, 2013); questionamento sobre ser uma ferramenta clínica ou uma profissão (PALOMBINI, 2006).

Existem muitas formas de fazer AT. É possível ir na casa da pessoa ou ela vir até um serviço; marcar um local diferente a cada encontro ou estar sempre no mesmo local. É possível ter outras pessoas junto no encontro ou procurar evitar que familiares sejam intrusivos. Ou, ainda, podemos ser mais propositivos ou mais observadores. Em termos da prática do trabalho, são poucas as formas que são definidas invariável e independentemente da situação que encontremos – a maioria dessas formas são contingentes, ou seja, dependem das questões a serem trabalhadas. Mendonça (2017), ao discutir a particularidade deste trabalho, traz que o seu enquadre se dá por manejar uma “*constante inconstância das constantes*” (MENDONÇA, 2017, p. 129). Dessa forma, a postura e condução que o acompanhante terapêutico dá para as situações é parte crucial do enquadre.

A clínica do AT tem a relação com a cidade como um articulador, um ponto de contato entre o sujeito e o espaço e o tempo social. A relação com a cidade e a rua se tornam dispositivos clínicos nos quais se colocam em cena conteúdos psíquicos que, nesse encontro, podem produzir novas relações e potencializar a vida (PALOMBINI, 2009), seja por passeios, saídas de casa ou mesmo ruídos que adentram a janela de um quarto. Da mesma forma que é acolhedora, a cidade pode ser dispersiva, segregadora e violenta e, ao invés de dar sustentação ao sujeito, pode vir a desorganizá-lo. Assim, a cidade não é “pano de fundo” do trabalho, mas elemento ativo e importante que molda e co-engendra sujeito e social. Esta prática de um acompanhar em vida é marcada por meios, passagens e encontros. Porém, como nos coloca Araújo: “não é unicamente pelo fato do AT passear pela cidade e sim porque passeando pela cidade *ele faz passar algo*, e aí, nesse *fazer passar algo* encontramos a clínica.” (ARAUJO, 2007). Este *algo* do qual Araujo fala é o que faz laço com o sujeito, e é neste ponto que está o potencial de transformação da clínica. Podemos passar por muitas praças, ruas, museus, *lan houses*, supermercados ou pontos turísticos; contudo, se esta circulação não se constituir enquanto experiência, seus efeitos clínicos serão muito limitados.

Leonel Mendonça (2017) também faz uma distinção parecida para pensar a reinserção comunitária e social no trabalho de AT. Muito mais do que ensinar habilidade sociais adaptativas sem um enlace com o desejo do sujeito - seja trabalho, estudos, atividades domésticas ou outra -, é importante valorizar o sentimento de pertencimento da pessoa a determinado lugar ou grupo. Simplesmente um determinado banco da praça ser visto pela pessoa como “seu” é uma grande conquista que não deve ser vista como menor do que outras (MENDONÇA, 2017).

O AT situa-se entre os dispositivos clínicos que surgiram junto ao período de questionamento do modelo asilar manicomial de lidar com a loucura. No Brasil, vimos o AT ganhar força como uma importante ferramenta de cuidado em liberdade junto à reforma psiquiátrica e à construção de uma rede de serviços substitutivos (à lógica manicomial) pautada em uma lógica territorial de cuidado. Neste caminho na busca de produzir distância e diferença do paradigma anterior, há um grande esforço, como apontam Furtado e Miranda (2006), a partir da criação de dispositivos institucionais como gestão colegiada, equipes e técnicos de referência, apoio matricial, assembleias e supervisões clinico-institucionais, para que os serviços da rede substitutiva não sejam apenas novos serviços com as mesmas lógicas manicomiais.

Entretanto, o cenário das políticas públicas de saúde mental do país ainda carrega muito da perspectiva manicomial nos serviços substitutivos. Segue valendo o alerta de Pelbart (1997) de que os manicômios mentais continuariam presentes e em atualização nas práticas cotidianas de trabalho com a loucura. O que vemos é que a construção de redes de atenção psicossocial e o fechamento dos manicômios não garantem um abandono das lógicas manicomiais. A rede de serviços substitutivos tem presente a tensão entre estas perspectivas em suas práticas.

O trabalho do AT não escapa deste risco. Sem alguns cuidados, o AT pode funcionar como mais um dispositivo de disciplinarização. A partir da experiência de trabalho desenvolvido pelo projeto AT na Rede – UFRGS, Palombini (2004) coloca que, para que o AT faça jus à potencialidade que essa ferramenta traz, é necessária certa autonomia do acompanhante em relação à equipe do serviço com quem trabalha, e também a prática continuada de supervisão do trabalho do AT através de programas de educação permanente. Para que AT opere como dispositivo da reforma psiquiátrica, é necessário que 1) os discursos, leis, medidas e atores envolvidos desde a gestão à assistência estejam alinhados ao princípios da reforma; 2) o espaço de supervisão seja de continência e pertença,

preservando uma relação de exterioridade ao serviço; 3) se faça uso de uma teoria clínica que compreenda a subjetividade como constituída em relação ao social e não apreensível em sua totalidade por qualquer teoria; 4) haja disposição do encontro com o outro, tanto de quem acompanha quanto de quem é acompanhado (PALOMBINI, 2006). Tais proposições buscam orientar o trabalho para que o AT possa estar a serviço de uma clínica antimanicomial.

No encontro com esses sujeitos, em seus percursos pelas redes que constituem em suas vidas, o AT tem a possibilidade de se colocar frente a tal contexto como resistência a essas práticas de governo. No exercício de transitar entre lugares, o AT traz consigo “o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.” (PALOMBINI, 2006, p. 117). Para isso, se faz necessário analisar os jogos de força entre cuidado e tutela práticas que estamos desenvolvendo.

Apesar de no Brasil o AT ter iniciado em um contexto de saúde privado, logo ganhou espaço junto aos serviços de saúde mental do SUS – principalmente CAPS e residenciais terapêuticos. No estado do Rio Grande do Sul podemos mencionar algumas iniciativas: criação do cargo de AT junto à prefeitura de Viamão, curso de formação em Acompanhamento Terapêutico pela ESP (Escola de Saúde Pública), projetos de Acompanhamento Terapêutico na UFRGS, e outras universidades no interior do estado (KAROL, 2017) e Resolução da CIB nº 233/14 que prevê possibilidade de contratação de acompanhantes terapêuticos, e seu financiamento, junto aos serviços de atenção básica (RIO GRANDE DO SUL, 2014). O AT é utilizado como estratégia de atendimento ao paciente judiciário junto à Secretaria de Segurança de Minas Gerais com a implementação do PAI-PJ³ (SILVA e BUSTAMANTE, 2012) A utilização do AT como dispositivo de cuidado ao paciente judiciário se mostrou muito benéfica, inclusive, o projeto é responsável pelos menores índices de reincidência de delito, com índices de reabilitação muito superiores aos dispositivos segregadores tradicionais (BARROS-BRISSET, 2010).

Dentro deste contexto, o AT é apresentado com muito entusiasmo em muitas publicações. Se olharmos para a forma como o AT é retratado no texto “Clínica Nômade (1997)”, escrito por Suely Rolnik, podemos ver que o mesmo é tomado como um rompimento paradigmático na forma de acompanhar a loucura, ao situar este trabalho a partir de uma ética. Isto não é sem fundamento, pois o AT, nos estados em que ganhou força, foi

³ Programa de atenção integral ao paciente judiciário (PAI-PJ)

de fato um dispositivo de cuidado no território neste processo de desinstitucionalização e implementação da rede de serviços substitutivos no Brasil. Em contrapartida, neste mesmo texto, Rolnik alerta para o risco de se essencializar e absolutizar o trabalho na rua, que é feito pelo AT, tornando-se insensível à diferença, mesmo que fora dos manicômios.

O AT é realizado em diferentes contextos, por diferentes profissionais, e articulado com dispositivos de cuidado muito diversos. Por isso, não podemos dizer que todo e qualquer AT sempre estará a serviço de um cuidado pautado por uma ética e uma prática antimanicomial. Certamente, é frequente ver o AT ser colocado em oposição às lógicas de cuidado manicomiais, ou como sendo o ápice do cuidado em liberdade; podemos de fato dizer, a partir do acúmulo da teorização sobre AT, que ele aponta para este caminho. São questões importantes para as teorias e estudos da área balizarem o trabalho, mas isto por si só não garante que o que acontece na prática caminhe nessa direção.

Não temos um sujeito universal neutro exercendo o trabalho de acompanhante terapêutico. Esta prática é feita por pessoas, e estas pessoas estão atravessadas pelas lógicas de controle, cuidado, disciplina e também por marcadores sociais de raça, cor e gênero, por mais desterritorializado que o dispositivo do AT possa permitir ser. Dessa forma, por mais que este seja um dispositivo clínico que questione lógicas manicomiais e segregadoras, é preciso olhar para o que de fato esta prática está produzindo na vida das pessoas.

Santos et al. (2015), ao fazerem uma revisão sistemática das produções nacionais de pós-graduação (mestrado e doutorado) sobre AT publicadas entre 2000 e 2011, apontam que esta área do conhecimento teve uma produção crescente nos últimos anos, mas ainda consideram que é um campo em construção, considerada sua história recente. A revisão elencou seis variáveis para a análise: área do conhecimento, filiação institucional dos autores, abordagem teórica, delineamento metodológico, estratégia metodológica e participantes do estudo.

A maioria dos estudos estão vinculados a universidades públicas. Já a abordagem teórica predominante foi a psicanálise (48,8%). Em termos de delineamento metodológico, grande parte dos trabalhos revisados são descritivo-exploratório (79,1%). Na sua maioria, são relatos de experiência, onde o acompanhante terapêutico narra sua experiência do AT e os encontros produzidos. Os autores analisam que as publicações com este delineamento trazem os vários pontos de questionamentos sobre a prática, trazendo situações-problema e possíveis formas de transpor barreiras e dificuldades (SANTOS, 2015). Entretanto ressaltam que muitas vezes este tipo de estudo não traz explicação dos processos de coleta. Estes

trabalhos se situam a partir da perspectiva de quem atua como acompanhante terapêutico, do que observa de sua prática e seus efeitos neste outro. Ainda, 60,5% dos estudos trazem relatos de AT desenvolvido com adultos. Sendo que apenas 16,3% dos trabalhos elegeram os acompanhantes terapêuticos como participantes das pesquisas. Alguns destes trabalhos discutem as questões de quem faz a prática do AT e seu caráter formativo.

Santos et al. (2015) concluem que este é um campo em expansão e em construção, indicam que futuras pesquisas possam abordar outros recortes de participantes em termos etários e condições psicopatológicas, também indicam a utilização de outras abordagens teórico-metodológicas para uma maior riqueza e consolidação do campo. Neste levantamento, não são citados trabalhos de pesquisa que, no seu delineamento metodológico, tenham utilizado o relato de pessoas acompanhadas por um AT para pensar o campo e a prática.

3. PROJETO AT NA REDE

A presente proposta de pesquisa se constitui das inquietações vividas no trabalho desenvolvido pelo projeto AT na Rede – UFRGS – coordenado pelas Prof^{as} Dra. Analice de Lima Palombini e Prof^a Dra. Vera Lúcia Pasini. O projeto é vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, onde opera desde 1998 como projeto de ensino, pesquisa e extensão em torno da prática do Acompanhamento Terapêutico⁴. O projeto ATnaRede é composto por estagiários do curso de Psicologia, extensionistas, residentes do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva/UFRGS e mestrandos ou doutorandos de Psicologia e áreas afins. Os casos acolhidos pelo projeto são oriundos de serviços de saúde, assistência social, educação e justiça de Porto Alegre, com os quais o projeto mantém interlocução para sustentar um trabalho em rede (PALOMBINI e PASINI, 2017).

Se, como coloca Palombini (2008), na primeira configuração do Projeto ATnaRede os estudantes eram estagiários de um serviço da rede de saúde do município e se vinculavam ao projeto enquanto formação e supervisão da prática do AT desenvolvida nos seus campos de estágio, a partir de 2012, o projeto de extensão se torna o próprio campo de estágio e

4. ⁴ Atualmente, o projeto integra o CIPAS (Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde), órgão auxiliar do Instituto de Psicologia da UFRGS, o qual, por meio da ação de programas e projetos de extensão em caráter interdisciplinar e intersetorial voltados a atenção à saúde, oferece atendimento ao público Site CIPAS: <http://www.ufrgs.br/cipas>

passa a trabalhar em rede com os serviços. Dessa forma, estagiários, residentes, extensionistas e, eventualmente, mestrandos e doutorandos são quem realizam os acompanhamentos terapêuticos.

As pessoas chegam ao projeto a partir de encaminhamentos dos serviços da rede, com os quais o projeto mantém articulação e referência durante o trabalho. Mesmo o projeto se colocando como mais um ponto da rede de serviços, cabe dizer que não está nem perto de atender a demanda de pedidos que lhe chegam todos os anos. De fato, o projeto não vislumbra dar conta ou suprir a demanda que é da rede pública; por ser uma ação de extensão universitária, busca incidir sobre realidade da saúde mental da cidade em caráter de interlocução com os serviços, mas não tem o intuito de substituí-los ou suplementá-los. O projeto ainda tem como propósitos a formação e a pesquisa a partir do trabalho desenvolvido.

No ano 2018 foram realizados, junto ao ATnaRede, 17 acompanhamentos terapêuticos semanais. Cada encontro tem duração sugerida de 3 horas, podendo se adaptar para as necessidades da pessoa acompanhada. O AT pode ser feito por uma pessoa ou por uma dupla de ats, dependendo da complexidade do caso. Cada acompanhante terapêutico fica um ano acompanhando a pessoa, pois é o tempo de estágio da graduação e da residência. Em algumas situações o at (acompanhante terapêutico) fica mais tempo no acompanhamento por manter vínculo enquanto extensionista ou por seguir no projeto em um segundo estágio. O projeto conta com um encontro semanal de compartilhamento dos casos e supervisão dos acompanhantes terapêuticos em curso. Além disto, são realizadas reuniões com os serviços e equipes que acompanham cada caso, de forma sistemática ou sempre que necessário.

Dentre as publicações e materiais que surgiram em articulação ou como resultado do trabalho desenvolvido nestes 20 anos de projeto, cabe destacar a produção audiovisual *Cadê o AT: Em busca de um companheirismo amigo*⁵: feito em 2008, a partir oficina de imagem⁶ do CAPS Centro de Porto Alegre, com a participação de acompanhantes e acompanhados do projeto ATnaRede, que falam sobre as experiências de ser acompanhado e de acompanhar alguém. Assim, quando Thiago é entrevistado sobre qual a diferença entre ir aos lugares acompanhado ou sozinho, responde que “acompanhado é melhor porque tem o sentimento de companheirismo” e completa: “Tem um ditado que diz que quem tem um amigo tem um tesouro. Então a Joana [a acompanhante terapêutica] é como minha amiga, tem sentimento

⁵ Link para visualização do filme *Cadê o AT: em busca de um companheirismo amigo*: <https://www.youtube.com/watch?v=sphgfc870rU&t=10s>

⁶ A oficina de imagem era um espaço para criação e produção de vídeos por parte dos usuários do Caps, com acompanhamento de profissionais da equipe, os quais na época eram as Terapeutas Ocupacionais Francilene Rainone Nunes e Simone Lerner.

de amizade, de companheirismo, Quem tem um amigo tem um tesouro, no caso, é um tesouro a amizade da Joana.”. Neste relato Thiago traz o quão importante é, para ele, a dimensão da amizade no trabalho da Joana. Ao mesmo tempo em que fala do tesouro que é a amizade da Joana, ele diz que Joana é *como* sua amiga e não que Joana é sua amiga. Ele se refere à amizade como a *qualidade* de relação que existe entre eles.

Fábio Araujo (2007) aponta que apenas tirar as pessoas dos manicômios não é o suficiente para a desinstitucionalização da loucura, pois "a desospitalização não é propriamente um movimento de acolhimento do louco" (ARAUJO, 2007, p. 167). Hoje em dia estamos capturados por lógicas segregadoras que não dependem da estrutura dos manicômios para operar. O uso e a prescrição crescentes de medicamentos psiquiátricos para controlar os sujeitos e seus humores desempenham um importante papel de regulação da população. As pessoas marcadas pelo registro da loucura e da desrazão experienciam uma segregação social na qual suas palavras não têm lugar, suas ações e possíveis alterações de humor são vistas com sinais de perigo. Mantendo este tipo de relação, mesmo estando na rua, na praça, ou onde quer que for, “o estatuto do louco e da loucura continua intacto” (ARAUJO, 2007, p. 167).

Voltando ao vídeo, podemos pensar na importância do relato de Thiago ao falar sobre amizade. Araujo (2007), pensando os efeitos políticos do AT ao estabelecer outras formas de se relacionar com a loucura, fala sobre uma política da amizade existente nesta prática, a qual só é política por seguir os princípios inerentes à amizade: de hospitalidade, acolhimento e justiça. Neste sentido, a política da amizade do AT está em possibilitar o contato direto com a sociedade, nas suas diferentes intensidades e efeitos. Partindo deste entendimento que Araujo propõe, podemos dizer que a fala de Thiago sobre Joana, em outras palavras, diz sobre este ato político de acolhimento, hospitalidade e justiça na relação de amizade – diz, enfim, de uma prática antimanicomial.

Em outro momento do vídeo, uma das integrantes da oficina de imagem do CAPS pergunta para a acompanhante terapêutica se ela já teve algum paciente agressivo e como lidou com a situação. Esta pergunta é interessante porque interroga, não só a acompanhante terapêutica sobre suas experiências, mas a própria clínica do AT frente a situações de agressividade, ou situações limite. A resposta da acompanhante foi de que não viveu situações agressivas ou tentativas de agressão por parte dos acompanhados, e completa dizendo que o que viveu foram situações agressivas do contexto e de terceiros, voltadas contra os acompanhados. A conversa não se desenvolve para além desta resposta, mas cabe

pensarmos a função do vínculo no trabalho. Tanto na hipótese de que a resposta dela aponte para a situação de que pessoas tidas como agressivas não reproduzem este comportamento no acompanhamento, quanto na hipótese de que os acompanhantes terapêuticos, ao se colocarem ao lado, sintam junto as situações agressivas que seus acompanhados experienciam na vida, ambas partem da necessidade da construção de uma relação de amizade - nos termos que Araujo (2007) coloca.

Estas duas passagens de conversa presente no vídeo trazem pistas de como as pessoas se sentem ao serem acompanhadas e também dão indicativos dos efeitos deste trabalho. Da mesma forma, esta pesquisadora, ao acompanhar situações complexas que chegam ao projeto, foi estruturando o seguinte questionamento: como a ferramenta clínica do AT é vivida pelas pessoas que puderam ser acompanhadas pelo projeto ATnaRede? A aposta é de que as narrativas desta experiência podem ter muito a dizer sobre o dispositivo do AT.

4. PESQUISAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Como referem ESPERIDIÃO E VIEIRA-DA-SILVA (2018), as pesquisas de satisfação de usuários despontam como uma das principais abordagens adotadas pelo estado brasileiro para avaliar os serviços públicos e os direitos dos usuários dos serviços a partir da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. As autoras levantam a hipótese de que a escolha feita pelo governo brasileiro, mesmo com uma sólida bibliografia apontando a falta de validade desta abordagem, é resultado da influência das concepções empresariais na gestão pública (p.332). Tais pesquisas comumente apontam um elevado grau de satisfação dos usuários acerca dos serviços públicos que acessam. As autoras afirmam que estes resultados podem refletir pouco e com pouca fidedignidade a experiência que as pessoas têm nos serviços que acessam. Essa afirmação é feita a partir de alguns elementos: a satisfação é um construto pouco desenvolvido teórica e conceitualmente; os critérios usados para avaliação variam muito entre diferentes grupos sociais e entre as pessoas; há uma relutância, já documentada, entre essas pessoas, em fazer críticas frente ao pesquisador ou ao serviço que as acompanha. Todos estes fatores indicam que a satisfação não deve ser entendida como um indicador da qualidade do cuidado e muito menos o principal, como vimos acontecer no país.

Em estudo realizado com dois grupos sociais distintos (professores universitários e usuários de posto de saúde de bairro popular) sobre a avaliação que tinham sobre seus médicos

e atendimentos de saúde, constatou-se que quanto mais distante a pessoa está da necessidade de cuidados médicos imediatos, mais propensa a fazer críticas estará (Esperidião e Vieira-da-Silva, 2018). Além disso, a pesquisa apontou que pessoas com capital social cultural menor tendem a avaliar a satisfação que têm com serviço pelo acesso a ele, enquanto que pessoas com maior capital social e cultural tendem a avaliar a partir de critérios técnicos do atendimento.

Há uma outra linha de pesquisas de avaliação dos serviços de saúde das políticas públicas no Brasil que coloca em questão as condições de pesquisa para emergência dos resultados, bem como aponta a necessidade de metodologias responsivas para avaliar os serviços. Pesquisa que avaliou Centros de Atenção Psicossocial do Sul do país (KANTORSKI, 2009) encontrou que os serviços que tinham o hábito de falar sobre seus problemas e discutir o seu funcionamento, em momentos que trabalhadores, familiares e usuários pudessem se reunir para tanto, tiveram mais facilidade de fazer críticas e apontar problemas durante a pesquisa. Já os serviços em que essa prática não era frequente tiveram mais limitações em abordar pontos de tensão. Desta forma, a falta de tradição da avaliação nos serviços se mostrou um limite para a investigação da própria pesquisa.

5. METODOLOGIA DE RODA

Dentre as pesquisas que utilizam narrativas de usuário para pensar sobre o trabalho em saúde mental desenvolvido nos serviços, a metodologia participativa de produção de dados e validação tem se mostrado uma estratégia oportuna para tratar com profundidade e ética a coleta e análise de dados (ONOCKO-CAMPOS, 2011). Campos, ao relatar as pesquisas realizadas em parceria com outros pesquisadores(as) com produção de narrativas e metodologia participativa de produção e validação dos dados, informa quais foram as escolhas metodológicas utilizadas a partir das reflexões construídas neste processo. Traz que a construção da narrativa se dá a partir da análise do material transcrito, podendo divergir de sua forma lexical e temporal de encadeamento, mas mantendo-se fiel à história que se conta. Desta forma, são reconhecidos os núcleos argumentais presentes nas transcrições: “um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como” (ONOCKO-CAMPOS, 2011, p.1278). A partir da extração dos núcleos argumentais, narrativas são elaboradas pelos pesquisadores e, em um segundo encontro, são apresentadas para as pessoas

entrevistadas ou participantes dos grupos focais. O objetivo deste momento é interpretar e validar os dados através dessa apreciação.

A partir desta metodologia, a narrativa se torna intervenção e reposiciona os sujeitos frente às questões analisadas. A proposta de interpretar e validar os dados junto aos participantes da pesquisa é uma escolha metodológica de trabalhar com o dado explícito das narrativas, evitando trabalhar com os sentidos implícitos nestes enunciados, o que, segundo Campos, é uma escolha por rejeitar uma violência de interpretação desnecessária (p. 1283). O desenvolvimento desta metodologia é resultado de questionamentos sobre a ética que orienta as metodologias de pesquisa em saúde, principalmente as de saúde coletiva, a partir da análise dos efeitos resultantes da sua utilização.

Além desta tradição metodológica de pesquisa participativa, a presente pesquisa também busca como delineamento a metodologia de rodas desenvolvida a partir da pesquisa-apoio paidéia (FURLAN e CAMPOS, 2014). Este dispositivo vem sendo utilizado, mais recentemente, junto às pesquisas do Guia Pessoal de Gestão Autônoma da Medicação (GUIA-GAM) realizadas no estado do Rio Grande do Sul para avaliar os efeitos e desdobramentos do trabalho com o guia tanto para as equipes dos serviços de saúde mental quanto para usuários e seus familiares (PALOMBINI, 2017). A pesquisa-apoio ou pesquisa apoio paidéia foi desenvolvida para trabalhar junto a instituições e grupos em caráter co-gestivo, sendo que serviços e equipes do SUS adotaram este dispositivo em seus processos de decisão e análise sobre trabalho desenvolvido junto às pessoas que atendem (PALOMBINI, 2017).

Campos coloca que “trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, procurando sempre meios para que essa reflexão rebata sobre a imagem que os sujeitos têm de si mesmos” (CAMPOS, 2006, p. 20). Esta metodologia entende a pesquisa enquanto oferta aos participantes, que podem aceitar ou não o proposto e modificá-lo. Assim, o pesquisador é visto enquanto ativo na pesquisa, na medida em que estimula os participantes a fazer uma análise crítica sobre a pesquisa. Além disto, o pesquisador traz análises e conhecimentos específicos de sua formação para compor discussão na roda e não enquanto conhecimento superior aos outros. “O método Paidéia sugere uma síntese entre os saberes clínico e epidemiológico objetivos e a história do sujeito ou do grupo populacional, o que inclui analisar a capacidade de intervenção dessas pessoas sobre a produção de saúde” (CAMPOS, 2006, p. 29). Dessa forma, busca a ampliação da ação das pessoas sobre suas vidas e sobre o mundo, por entender que estes são necessários para a ampliação de autonomia das pessoas (CAMPOS, 2006).

Para a análise, a pesquisa-apoio separa o material em núcleos temáticos, estes divididos entre os relativos ao mundo e os relativos ao sujeito. O primeiro diz respeito à finalidade ou objetivo da ação humana, ao resultado ou produto da ação humana, aos meios de intervenção sobre o mundo e ao objeto do qual se encarrega. Já os relativos ao sujeito são: o objeto de investimento, a capacidade de estabelecer contratos e compromissos com outros, a análise da rede de poder em cada situação, os mecanismos de controle social e as referências culturais e éticas (CAMPOS, 2006). Dessa forma, faz uma análise transversal que permite visualizar formas de modificação e mudança das situações analisadas junto aos sujeitos da pesquisa.

Buscamos, nesta pesquisa, inspirar-nos nesta metodologia participativa para produzir a reflexão sobre os sentidos da experiência de AT. Assim, foram realizados dois encontros no formato de roda com pessoas que estão sendo acompanhadas pelo projeto ATnaRede. O primeiro encontro teve uma pergunta disparadora da conversa e outras perguntas para desdobrar as questões de pesquisa. Já o segundo encontro teve como proposta retomar o que havia sido conversado no primeiro momento, a partir da leitura da narrativa elaborada pela pesquisadora, a fim de que a narrativa fosse confirmada ou retificada pelo grupo para sua validação e também para fomentar a discussão e possível aprofundamento das questões sistematizadas.

6. NARRATIVAS

Castellanos (2014), ao analisar o uso das narrativas bem como seus pressupostos teóricos e metodológicos nas pesquisas qualitativas nas ciências sociais da saúde, coloca que a abordagem narrativa é vista como um bom método para pesquisas acessarem a dimensão da experiência pessoal e social e para fazer uma análise da cultura. Nesse sentido, “as narrativas colocam em causa os contextos de produção e os processos de legitimação de diferentes interpretações inscritas nos contextos sociais em que são produzidas.” (CASTELLANOS, 2014, p. 1069). Aponta ainda que as interpretações narrativas são elementos centrais para pensar a experiência vivida nos processos de cuidado e assistência em saúde. Para o autor, a narrativa é uma forma de encadear temporalmente o vivido em dramas, dando sentido a estas experiências. Dessa forma “as narrativas são modos de elaboração da experiência social” (CASTELLANOS, 2014, p.1071), pois são elas que inserem o sujeito em uma trama social.

Como colocam Passos e Barros (2009), em todo ato de narrar está presente certa política de narratividade, seja do pesquisador ou dos entrevistados. Nesse sentido, o ato de

narrar está articulado com as políticas em jogo, políticas de saúde mental, de assistência, de cuidado, de subjetividade. A forma como as narrativas se articulam e atualizam estas políticas é material para interrogar o objeto de pesquisa. Aqui trata-se de cartografar quais são os pontos de encontro entre as teorias, as discussões de quem trabalha com AT e os relatos de quem foi acompanhado por um at. Trata-se de ouvir, não só o que as pessoas têm a dizer sobre sua experiência, mas encarar que o narrar é uma experiência em si e que articula dimensões políticas e possibilita colocar em análise o AT enquanto prática clínica e campo de saber. Como inspiração cartográfica, busca-se fazer um enquadre AT nas entrevistas - não no sentido de mimetizar a experiência vivida, mas de se permitir adentrar neste território de afetos e lugares. Ao discutir questões do que seria uma entrevista cartográfica, Tedesco, Sade e Caliman (2013, p. 304) colocam que "*a entrevista visa não a fala 'sobre' a experiência e sim a experiência 'na' fala*". Assim, pretende-se acessar uma narrativa e não apenas um relato, permitindo-se, como no AT, não ter um enquadre e roteiro fechados, mas experimentando-se neles conforme o encontro necessite.

Onocko-Campos et al. (2013) discorrem sobre a importância e relevância de estudos com narrativas para as pesquisas em saúde, em especial para análise dos serviços ou de avaliação de novas práticas. Trazem a ressalva de que muitas pesquisas ainda não discutem abertamente sobre as teorias utilizadas, as opções metodológicas e as consequências presentes nestas escolhas para a pesquisa. Nesta mesma linha, Esperidião (2018), ao analisar pesquisas sobre satisfação de usuários sobre os serviços que acessam, alerta sobre a fragilidade conceitual e a validade incerta ao utilizar esta abordagem para avaliar os serviços e a experiência do usuário. Soma à sua análise o viés de gratidão e o caráter de constrangimento e inibição dos usuários ao expressar críticas aos serviços. Dessa forma, a expressão de satisfação muitas vezes pode não representar a avaliação do usuário sobre o serviço. A partir desta análise, Esperidião (2018) aponta que é preciso "minimizar os efeitos de imposição de problemática nas pesquisas que buscam aferir a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde" (ESPERIDIÃO, 2018, p.337). Junto a isto, também aponta que é preciso "evitar o etnocentrismo de classe do pesquisador" (ESPERIDIÃO, 2018, p.337), o qual gera uma violência simbólica na situação de pesquisa.

Para a presente pesquisa, foram utilizadas duas estratégias metodológicas: a entrevista e a metodologia de roda da pesquisa apoio Paidéia (FURLAN e CAMPOS, 2014). Para as entrevistas, a proposta foi entrar em contato com pessoas que já haviam passado pelo projeto, mas que não estavam sendo acompanhadas no momento, para uma conversa sobre com foi esta

experiência. Já para a metodologia de roda, a proposta foi convidar as pessoas que se encontravam naquele momento em acompanhamento no projeto para uma conversa coletiva sobre os sentidos da experiência de ser acompanhado e as impressões sobre este trabalho. Estes dois dispositivos foram pensados como uma forma de facilitar a participação de pessoas, seja aquelas que seguiam sendo acompanhadas, seja as que já haviam tido o seu acompanhamento encerrado. Apostamos que trabalhar com estes dois públicos e com estas duas metodologias enriquece os dados para esta pesquisa e nos possibilita acessar uma maior complexidade de elementos para análise.

Faz parte da análise e construção do método olhar para aquilo que, de “bagagem”, leva-se para este momento de encontro; quais perguntas habitam esta pesquisadora; quais hipóteses e expectativas acompanham o processo de pesquisa; e quais ferramentas levou consigo. Também a forma de acessar os participantes é uma questão de delineamento da pesquisa: como fazer o convite, como encontrar as pessoas, onde se dará o encontro entre pesquisador e sujeito de pesquisa, como iniciar as conversas – todas estas questões estão imbricadas na forma como se articula o conteúdo e a expressão nas narrativas. A fala do entrevistador não facilita o acesso a um conteúdo pré-existente, mas “*ela atua, produz, modula o processo do dizer do entrevistado.*” (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013, p. 307). A partir destes entendimentos sobre as modulações possíveis da narrativa, explicitar as hipóteses e as falas da pesquisadora faz parte da análise da produção das narrativas. Neste sentido, temos a preocupação do quanto de densidade de material vamos ser capazes de obter neste modelo de entrevistas e rodas centrados na fala. Muitas vezes, entre os que acessam o trabalho do AT, encontramos pessoas com pouca expressividade verbal. Conseqüentemente, a narrativa que a pessoa virá a construir junto à entrevista corre o risco de ficar superficial ou carecer de complexidade e análise crítica. Não estamos dizendo, com isso, que não haja um pensamento e mesmo um pensamento crítico por parte dessas pessoas com respeito à experiência do AT; o que queremos salientar é que a via de expressão de suas idéias talvez não se dê tanto pela fala. Ficamos, assim, com a questão de como possibilitar outras formas de narrativa (de expressão) no contexto da pesquisa, para se aproximar mais das formas utilizadas por estas pessoas.

7. PROBLEMA DE PESQUISA

Esta pesquisa parte da interrogação, desde o ponto de vista de pessoas que são acompanhadas por um at, sobre o trabalho de AT desenvolvido junto a elas. O campo da pesquisa é os casos acompanhados pelo projeto AT na Rede- UFRGS. Desta forma, a pesquisa buscou recolher relatos, pensamentos, depoimentos, afetos, sobre como as pessoas acompanhadas pelo projeto percebem a presença deste dispositivo clínico em suas vidas, quais experiências tiveram durante o seu percurso, quais desdobramentos surgiram a partir de então e o que reverbera desta experiência hoje, no intuito de colocar em análise o trabalho desempenhado pelo projeto e, conseqüentemente, a experiência do AT.

Partimos das seguintes questões: *o que as pessoas que tiveram um acompanhante terapêutico têm a dizer sobre a experiência do AT? O que é o Acompanhamento Terapêutico para elas? Como elas veem o trabalho de quem as acompanhou? O que, desse trabalho, consideram importante? Quais experiências do AT lhe foram marcantes? O trabalho de AT lhes parece diferente do de outros profissionais da saúde mental? Como os acompanhados(as) enxergam a aproximação deste trabalho com a figura de um amigo?*

Partimos de algumas pistas, com base em relatos de cenas de AT compartilhados nas reuniões do projeto em que aparecem comentários sobre o efeito que a pessoa percebe deste trabalho, que momentos considera importantes e a forma como vê a pessoa que a acompanha. Esta pesquisadora, como acompanhante terapêutica junto ao projeto AT na Rede durante a graduação, teve a oportunidade de escutar seus acompanhados falarem sobre os efeitos sentidos.

A partir destes questionamentos, monta-se a presente pesquisa: colocar em análise o dispositivo clínico do AT a partir da narrativa plural de pessoas que passaram por esta experiência em suas vidas (de ser acompanhada por um at). O objetivo é produzir uma análise sobre como se dá a prática deste trabalho, considerando as distâncias e proximidades das reflexões presentes na literatura. Este trabalho parte da aposta de que colocar em análise o que as pessoas acompanhadas por um at têm a dizer sobre esta experiência ajuda a avançar a discussão sobre esta prática clínica, seus impactos na vida das pessoas e sobre produção de conhecimento na área.

A escolha de situar esta pesquisa junto ao projeto AT na Rede – UFRGS coloca algumas questões contextuais, pois estaremos falando de experiências de AT vinculadas à rede de serviços públicos com que o projeto se articula e às realidades de vida das pessoas que acessam esta rede.

Esta pesquisa se propôs a ouvir e trabalhar com narrativas das pessoas que tiveram um acompanhante terapêutico em suas vidas, com a finalidade de analisar o dispositivo do AT. Sendo assim, esta pesquisa se aproxima da problemática das pesquisas de avaliação de usuários sobre os serviços de saúde e saúde mental, as quais inspiraram metodologicamente este trabalho. Assim, vale para os nossos propósitos, trazer algumas questões e problemáticas presentes na pesquisa avaliativa em saúde (mental) no país nos últimos anos.

8. METODOLOGIA

8.1. PARTICIPANTES

Foram convidadas a participar deste estudo pessoas que estavam em acompanhamento pelo projeto durante a realização da pesquisa de campo e pessoas que já haviam estado em acompanhamento pelo projeto e encerraram o trabalho até final de 2018. Os participantes que estavam vinculados ao projeto durante a pesquisa foram convidados à participar do espaço de Roda de Conversa. Já os participantes que haviam encerrado seu acompanhamento junto ao projeto foram convidados a participar de entrevistas. Ambos os dispositivos serão descritos adiante.

Como critérios de inclusão dos participantes para modalidade de roda de conversa, foram definidos os seguintes:

- 1) Participar do projeto durante o ano de 2019;
- 2) Ter termo de ciência da sua vinculação a um projeto de extensão e ter autorizado o uso de dados para pesquisa.

Atendendo aos critérios, a pessoa foi convidada pelo seu acompanhante terapêutico a participar do encontro. Para auxiliar o acompanhante terapêutico na transmissão da proposta da roda de conversa, foi elaborado um “cartão convite” (anexo D) a ser entregue às pessoas acompanhadas pelo projeto.

Como critérios de inclusão dos participantes para modalidade de entrevista, foram definidos os seguintes:

- 1) Ter participado do projeto entre 2012 e 2018;
- 2) Ter encerrado o acompanhamento até maio de 2019;
- 3) Ter cadastro no projeto com número de telefone válido;
- 4) Ter termo de ciência da sua vinculação a um projeto de extensão e ter autorizado o uso de dados para pesquisa.

A faixa de tempo de 2012 a 2018 foi escolhida considerando uma alteração no modo de organização do projeto no ano de 2012. Como foi dito acima, de 1998 a 2011 o projeto ATnaRede não recebia diretamente estagiários, ou seja, não funcionava como um local de estágio propriamente. Eram serviços da rede pública vinculados ao projeto que recebiam estagiários para fazer AT, e o projeto tinha a função de oferecer supervisão desta prática. A partir de 2012 o projeto se torna campo de estágio e de residência⁷, e a relação com os serviços

⁷ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva UFRGS

passa a ser de articulação de rede. Este é um ponto importante, pois, se antes os acompanhamentos eram referidos aos serviços da rede, só com a reformulação os acompanhamentos terapêuticos ficam referidos diretamente ao ATnaRede que, a partir desse momento, ocupa-se de manter um registro dos acompanhamentos, bem como uma ficha de cadastro e contato das pessoas que o projeto acompanha.

Atendendo aos critérios, o contato se daria primeiramente por telefone e depois presencialmente para explicar em mais detalhes a pesquisa e os procedimentos. Inicialmente pensamos que os casos em que não fosse possível esta via, buscar-se-ia contato com o serviço de referência desta pessoa para mediar a disponibilização dos dados para contato. Porém, em função do prazo exíguo para realização desta pesquisa dentro do tempo no mestrado, optou-se por só eleger como possíveis participantes as pessoas cujos dados de contato encontravam-se disponíveis no projeto. Assim, caso não fosse possível contatá-las por telefone próprio, de familiar ou de outra pessoa de referência da comunidade (vizinho, etc.), não seriam convidadas a participar da pesquisa. Outro ponto elencado foi que, se contatar alguém que já encerrou o acompanhamento pelo projeto se mostrasse inviável ou se configurasse invasivo, o contato seria descontinuado (apenas uma situação se encaixou neste critério: tínhamos o contato da pessoa e o TCLE assinado, porém o AT encerrou-se de forma abrupta pela família de maneira que entendemos que uma nova aproximação seria invasiva).

8.2.PROCEDIMENTOS DO CAMPO DA PESQUISA

Os dois dispositivos metodológicos escolhidos para esta pesquisa guardam algumas diferenças entre si sobre os quais gostaria de versar a seguir:

8.2.1. Roda de Conversa

As rodas de conversa aconteceram no espaço universitário em uma sala da Faculdade de Psicologia da UFRGS. Os acompanhantes terapêuticos vinculados ao projeto ATnaRede foram os responsáveis por buscar as pessoas em suas casas e acompanhá-las até o espaço da atividade da pesquisa. Essa combinação se deu mediante visita à reunião do projeto, na qual foi apresentada a proposta da pesquisa e as estratégias de contato e convite que implicavam a participação ativa e implicada dos acompanhantes terapêuticos. Foram dois encontros com o projeto antes da primeira roda de conversa e dois encontros antes da segunda roda de conversa (ou roda de restituição de dados). A escolha por essa estratégia de que o contato e convite à participação das pessoas que estão sendo acompanhadas pelo projeto fosse pela mediação dos

acompanhantes terapêuticos de cada uma dessas pessoas teve motivações de facilitação prática da pesquisa, mas também na aposta de que a relação construída entre acompanhante e acompanhado enlaçasse o desejo e desse mais proximidade ao convite. Pretendemos, dessa forma, aproveitar o vínculo e a relação de transferência construída entre acompanhante e acompanhado. Além disso, um dos desafios para a roda era viabilizar que as pessoas chegassem até o local, visto que a maioria das que são acompanhadas pelo projeto não costuma se deslocar sozinha pela cidade ou tem dificuldade em fazê-lo, ainda mais para um local que não faz parte do seu cotidiano. Portanto, os acompanhantes também ficaram responsáveis por trazer as pessoas ao momento das rodas.

Para dar materialidade ao convite da pesquisa para além da palavra da(o) acompanhante terapêutica(o), foi elaborado um cartão convite com as informações principais sobre a roda e o contato telefônico da pesquisadora que conduziria a roda. Junto ao convite para o espaço da roda, o acompanhante terapêutico também levou e apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa *Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial*⁸, à qual a presente pesquisa está vinculada.

Nos dois encontros realizados com a equipe de acompanhantes terapêutico do projeto para falar sobre a pesquisa e o momento da roda de conversa, foram apresentados a pesquisa guarda-chuva e o recorte feito por esta pesquisa de mestrado. Nesses momentos, afinamos as datas da roda de conversa com o projeto, pois estas dependiam da disponibilidade dos acompanhantes terapêuticos para buscar e levar os participantes desta pesquisa. Pela necessidade de organização prévia do momento da roda com todos os envolvidos e pela necessidade gravação do material optamos por fazer o momento da roda em uma sala da universidade, para evitar riscos de previsão de chuva ou temperaturas muito frias, visto estarmos no sul do país e uma das rodas ter sido feita durante o inverno. Mesmo assim, queríamos manter a proposta de se aproximar do momento já conhecido do piquenique pelas pessoas acompanhadas pelo projeto. Por isso, optamos por reunir as duas atividades no mesmo dia. Primeiro ocorreu o espaço da roda de conversa na sala, com duração aproximada de uma hora, e depois um piquenique almoço em uma praça próxima ao campus universitário.

O projeto ATnaRede já tem tradição de reunir semestralmente os acompanhados e acompanhantes para um piquenique, o qual, cabe dizer, é bastante aguardado por alguns dos

⁸Projeto de Pesquisa aprovado em 06/06/2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- Psicologia – UFRGS) sendo a equipe de pesquisa composta por: Analice de Lima Palombini (pesquisadora responsável), Vera Lúcia Pasini (pesquisadora), Daniel Dall'Igna Ecker (doutorando) e Ana Carolina Brondani (mestranda).

acompanhados. O piquenique é uma atividade que acontece a cada semestre, em um parque ou praça de cidade, para a qual todas as pessoas vinculadas ao projeto são convidadas. Com a atividade da pesquisa marcada para o mesmo dia, foram feitos os dois convites: para a roda e para o piquenique. Dessa forma, a pesquisa buscou se vincular a esse dispositivo já conhecido e propor um espaço de piquenique após a roda de conversa com quem se dispusesse a participar. A participação não foi obrigatória em nenhuma das atividades, sendo possível optar por se fazer presente em apenas uma delas. Com este arranjo, algumas pessoas aceitaram participar da roda de conversa antes do piquenique e outras preferiram participar apenas do segundo momento - o contrário não aconteceu. Ao todo estiveram presentes na primeira roda de conversa quatro pessoas.

A partir das perguntas iniciais que norteiam este trabalho resolvemos transformá-las em perguntas mais abertas para a roda de conversa. Não abandonamos as perguntas anteriores, mas elas passaram a servir como referência para as análises dos dados e não mais para a condução do dispositivo das rodas (e das entrevistas). Dessa forma elaboramos a seguinte pergunta para nortear a conversa da roda: *o que muda na vida ter um at?* Esta pergunta foi sucedida por outras:

- 3) *O que é bom no AT?*
- 4) *O que é ruim/o que não gosta no AT?*
- 5) *Quais sugestões vocês dariam para quem faz AT?*
- 6) *Tem alguma situação/história que queiram contar do AT?*

A pergunta principal também foi escrita em um cartaz de pano, no qual as pessoas da roda foram convidadas a trabalhar com/utilizar tintas, canetinhas e recortes de revistas para responder à questão proposta. Esse pano foi colocado sobre a mesa em torno da qual o grupo se reuniu, tendo à mão canetas, tintas e revistas. Esse dispositivo foi proposto no intuito de possibilitar variadas formas de expressão e diálogo com a discussão proposta. O resultado deste trabalho manual está no Anexo E.

No primeiro encontro, a proposta foi facilitar uma conversa e discussão sobre o dispositivo AT. Partimos de algumas perguntas norteadoras para pensar o momento da roda: como é ter alguém fazendo Acompanhamento Terapêutico com vocês? Como vocês contariam para outra pessoa sobre como é a experiência do Acompanhamento Terapêutico? O que vocês sugerem para quem faz/trabalha com Acompanhamento Terapêutico? O que vocês aprenderam com esta experiência? Para que serve o Acompanhamento Terapêutico?

Após este encontro, os materiais registrados em áudio foram transcritos integralmente e posteriormente tratados pela pesquisadora, a fim de ajustar ruídos e perdas na transcrição.

Posteriormente, foi realizada uma codificação inicial do material com identificação dos núcleos argumentais e construção de narrativas com base nesses núcleos, a ser apresentada no encontro seguinte. Dessa forma, no segundo encontro a proposta foi voltar aos pontos trazidos anteriormente e conversar sobre eles, revê-los, discutir sobre os pontos de tensão e discordâncias e buscar a elaboração de consensos e validação das narrativas. A função do encontro de devolutiva e validação é complexificar e densificar a narrativa, podendo tratar com maior profundidade as questões levantadas no primeiro encontro.

8.2.2. Entrevista

Para selecionar as pessoas para entrevista, as informações necessárias foram buscadas nos arquivos do projeto, primeiramente através das fichas dos acompanhamentos feitos pelo projeto. O passo seguinte foi determinar se o acompanhamento já havia sido finalizado. Para isso, buscou-se o último relato do acompanhamento nas atas do projeto. Se estivesse explicitada a finalização do trabalho ou se este último relato fosse a mais de seis meses da data do início do campo desta pesquisa, mas não anterior a 2012, a pessoa atenderia ao critério de tempo para inclusão na pesquisa. Outro ponto que foi considerado nesse levantamento foi se a pessoa havia autorizado ou não o projeto a usar os dados do seu acompanhamento para fins de pesquisa. Se não houvesse termo, não seria contatada ou, se no termo tivesse optado por não autorizar, também não seria contatada. Quatro pessoas atenderam aos critérios de inclusão. Uma delas acabamos por excluir depois de relatado que a finalização do AT foi provocada de forma abrupta pela família, de forma que consideramos que o convite para a pesquisa seria invasivo. Em relação às outras três pessoas, não conseguimos contato com duas delas, seja por não atender ao chamado telefônico, seja porque o telefone não estava mais disponível. A quarta pessoa, a quem conseguimos contatar, aceitou fazer parte da pesquisa. Ou seja, de 19 casos encerrados entre 2012 e 2018, quatro atenderam aos critérios iniciais e apenas um participou da pesquisa.

A entrevista aconteceu na casa da pessoa, local em que ela gostava de fazer os ATs também. Primeiro foi feita uma conversa para explicar a proposta da pesquisa e leitura do termo de consentimento, explicando os pontos em que a pessoa teve dúvidas. Depois de ela concordar com sua participação a pesquisa foi apresentada para o responsável legal, que também leu o termo de consentimento e autorizou a participação. Seguimos a proposta de uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. Utilizamos a mesma lista de perguntas da roda, mas começando com uma pergunta mais aberta para a pessoa falar de como foi sua experiência de AT, seguido das seguintes perguntas:

- O que muda na vida ter um at (acompanhante terapêutico)?
- O que é bom no AT?
- O que é ruim/o que não gosta no AT?
- Quais sugestões vocês dariam para quem faz AT?
- Tem alguma situação/história que queiram contar do AT?

8.3.PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Tanto a entrevista quanto a roda de conversa foram audiogravadas e depois transcritas. A partir das transcrições, foi feito um levantamento de categorias presentes em cada material transcrito independentemente, bem como dos núcleos argumentais de cada categoria de análise. Duas pesquisadoras trabalharam nesta etapa de levantamento das categorias e identificação dos núcleos argumentais.

Após essa etapa, foi elaborada uma narrativa para cada um dos momentos de pesquisa (roda e entrevista) a partir da sistematização de dados realizada em adaptação aos passos propostos por Furtado e Campos (2008). A narrativa foi construída em duas etapas: (1) transformação dos núcleos argumentais em trechos narrativos e (2) construção de uma narrativa contínua integrando as informações presentes nos núcleos argumentais. Essa narrativa integrada foi avaliada por uma terceira pesquisadora que comparou a narrativa final com a transcrição para avaliar se contemplava os argumentos das pessoas. Nos casos em que essa terceira pesquisadora avaliou a necessidade de alteração ou acréscimos nas narrativas referentes aos núcleos argumentais, tais alterações foram integradas à versão final das narrativas⁹.

Para fins desta pesquisa, buscamos analisar os dados que respondessem ou dialogassem com o problema de pesquisa anteriormente apresentado: colocar em análise o dispositivo clínico do AT a partir da narrativa plural de pessoas que passaram por esta experiência em suas vidas (de ser acompanhada por um at). Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios escolhidos pelos próprios participantes.

Por fim, este estudo não fez uma análise sociodemográfica dos participantes da pesquisa, também não há um levantamento sistematizado pelo projeto sobre estas características das pessoas que já foram ou são acompanhadas pelo projeto. Tratando-se de uma pesquisa exploratória, não fizemos recortes a partir destes fatores para serem considerados nas

⁹ A versão final da narrativa da roda de conversa e da narrativa da entrevista encontra-se o no Anexo C.

análises. Dessa forma, não foi possível analisar com mais profundidade se existem ou quais são as diferenças de percepção entre grupos demográficos diferentes. As discussões dentro dessa temática foram baseadas nos relatos trazidos espontaneamente pelos participantes da pesquisa e pelas experiências prévias desta pesquisadora junto ao projeto.

8.4.METODOLOGIA DE DEVOLUÇÃO DE DADOS - NARRATIVAS

A versão final da narrativa foi apresentada para os participantes da pesquisa em um segundo encontro, fomentando nova rodada de discussão, com o intuito de aprofundar as questões trazidas no primeiro encontro e verificar a validade das interpretações formuladas na pesquisa. Esses segundos encontros - para a roda de conversa e para a entrevista, respectivamente - tiveram um intervalo de cerca de três meses com relação aos primeiros.

A restituição da entrevista ocorreu no mesmo local da realização da primeira entrevista. Na restituição da entrevista, foi contextualizada novamente a proposta para etapa da pesquisa e explicado o processo de elaboração o texto narrativo. O texto narrativo foi lido pela pesquisadora, e a entrevistada fez suas ponderações, inclusive sugerindo modificações na escrita que foram incorporadas ao texto. Ao final da leitura, a participante expressou que aprovava o texto, sendo este *um bom resumo da conversa anterior*. A partir deste ponto, a conversa seguiu desdobrando as impressões produzidas pela narrativa.

Para a etapa de restituição da roda de conversa, foram convidadas tanto as participantes da primeira roda de conversa quanto outras pessoas que estão em acompanhamento pelo projeto que desejassem participar. Essa roda teve a mesma estrutura e recursos da anterior, com materiais para desenho, pintura e colagem. A narrativa foi lida ao início e serviu como disparador da conversa a partir da pergunta quanto às impressões sobre a leitura. Neste novo encontro, participaram: a) as quatro pessoas presentes na primeira roda de conversa; b) uma pessoa nova, também acompanhada pelo projeto. Após a roda, foi realizado um momento de confraternização com “piquenique- almoço” em uma praça próxima ao campus universitário.

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo está vinculado à pesquisa *Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial*, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UFRGS em 06 de junho de 2019, CAEE nº 3.374.882.

9.1. TRANSPARÊNCIA NAS PESQUISAS QUALITATIVAS

Flick (2009) discute os critérios de qualidade das pesquisas empíricas e como estes se aplicam às pesquisas qualitativas. Plausibilidade seletiva, credibilidade, validade, confiabilidade são critérios tradicionalmente utilizados para avaliar qualidade nas pesquisas empíricas que não necessariamente têm a mesma aplicação nas pesquisas qualitativas, principalmente se considerarmos a diversidade de metodologias qualitativas existentes. Nesse caminho, Flick questiona se são critérios ou estratégias como triangulação e comparação que devem ser pensadas para garantir qualidade nas pesquisas qualitativas - não no sentido de abandonar critérios, mas entendendo a complexidade inerente às metodologias qualitativas.

Nesse sentido Donna Haraway (1995) argumenta que a tentativa de universalização nos leva a equívocos e violências. A produção de conhecimento é feita por pessoas que têm as possibilidades e limitações a que os locais que ocupam no mundo as condicionam. Dessa forma, a autora traz a proposta de entendermos e exercitarmos os saberes enquanto localizados, desde quem os enuncia, o contexto social, econômico e político das pessoas envolvidas, sem buscar um universal.

Onocko-Campos (2011) discute a importância da transparência nas pesquisas qualitativas. Ela desempenha o mesmo papel que o “p” das pesquisas quantitativas, de possibilitar o exame da construção da pesquisa, o que possibilita avaliar a validade da pesquisa. Desde o delineamento metodológico, os procedimentos do campo de pesquisa e as etapas de análise do material devem ser generosamente descritos. Diferente das pesquisas quantitativas, nas pesquisas qualitativas dizer que se utilizou determinado método não é suficiente

Seguindo estas reflexões a presente pesquisa buscou trazer um relato detalhado desde as hipóteses de pesquisa, o delineamento metodológico, os procedimentos do campo, o tratamento dos dados até as implicações da pesquisadora para com o campo e problema de pesquisa. Dessa forma, as transcrições estão anexadas na íntegra ao final do trabalho, bem como as narrativas construídas a partir delas e apresentadas no momento de restituição e validação do material com os participantes da pesquisa.

9.2.IMPLICAÇÕES E SOBRE IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA

Como já explicitado anteriormente, a pesquisadora que aqui vos escreve fez parte da equipe do projeto ATnaRede antes de iniciar a pesquisa e a pós-graduação. Este contato prévio fez com que conhecesse algumas das pessoas que participaram da pesquisa bem como um pouco de suas histórias. As pessoas que conheci pessoalmente, foi pelos momentos de piquenique do projeto. As que não conheci pessoalmente, mas que já eram acompanhadas em 2017, ouvi suas histórias nas reuniões coletivas de supervisão. Nenhuma delas eu acompanhei diretamente durante meu trabalho no projeto. Dessa forma, minha escuta nos momentos de pesquisa estava permeada pelas memórias dos relatos de seus ats que eu escutara em supervisão. As pessoas que eu não conhecia e sobre as quais nada escutara previamente eram apenas as que iniciaram seus acompanhamentos após o período em que estive vinculada ao projeto.

Em nenhum momento da pesquisa foi explicitado por mim ou pelos participantes esse (re)conhecimento prévio. Quanto aos participantes, suponho que seja por não lembrarem da pesquisadora neste outro espaço de encontro. Quanto a mim, analisando agora, acredito que tenha sido também por uma vontade de criar uma certa distância do projeto ATnaRede. Não queria ficar identificada a ele, resguardando uma distância que possibilitasse um diálogo menos dirigido ao projeto. Acredito que esse comportamento veio da preocupação de que as pessoas teriam dificuldade de falar abertamente ou fazer críticas ao AT ao dialogar com uma pessoa que fosse do projeto que as atende. A relutância para fazer críticas foi algo até explicitado pelos participantes, mas não exatamente pela hipótese levantada anteriormente. Esse ponto será abordado em maior profundidade nos resultados.

Outra dimensão desta questão é a familiaridade (ou reconhecimento) da pesquisadora para os participantes da pesquisa, pois a forma como a pesquisadora se coloca e é vista pelos participantes modula o conteúdo e endereçamento das falas. Sobre isso, Shulamit Reinharz, citada por Gergen M. M. e Gergen J. (2006), relata como sua relação com o campo de pesquisa foi se modificando na medida em que questões que eram suas foram se revelando para as pessoas com as quais estava pesquisando. Conforme as pessoas a conheciam e acessavam diferentes “eus” da pesquisadora, também compartilhavam histórias suas diferentes das anteriores. Assim, fui acessando diferentes dimensões da vida das pessoas na medida em que estas a conheciam de formas diferentes no decorrer do tempo em campo.

Apesar da pesquisa de Reinharz ser metodologicamente bastante distinta, podemos trazer a reflexão para a presente pesquisa. A forma como eu me apresento na situação de pesquisa e o que conto de mim e da minha motivação para a pesquisa precisam ser pensadas.

Nesse sentido, a forma como os convites para pesquisa foram apresentados ou mediados pelos acompanhantes terapêuticos - o que falaram sobre esse momento e sobre a pesquisadora - cria modulações na configuração das relações na situação de pesquisa. Sendo uma pesquisa com delineamento metodológico transversal e episódico (um encontro, seja roda ou entrevista, e uma restituição), os contatos prévios e convites produzem efeitos na própria formulação dos enunciados pelos participantes, a exemplo de uma situação na roda de conversa na qual uma das participantes indagou se eu já havia trabalhado com AT, conforme havia sido mencionado por sua acompanhante terapêutica no momento do convite à pesquisa. Essa pergunta traz a dimensão de possibilidade de vinculação com a pesquisadora.

Uma hipótese que levantamos no início da construção da pesquisa foi que entrevistar pessoas que se encontravam naquele momento vinculadas ao projeto poderia causar constrangimentos ou fazê-las sentirem-se impelidas a falar bem do trabalho. Uma forma de escapar da fala protocolarmente elogiosa, do que se imagina ser “o que o pesquisador quer ouvir”, seria, então, buscar pessoas que passaram pelo projeto, mas não se encontravam vinculadas a ele no momento da pesquisa. Esta delimitação foi uma aposta de que esta distância poderia trazer mais liberdade de fala.

Contudo, também foi levantada a hipótese de que uma situação de entrevista individual possa ser inibitória para a pessoa - ou mesmo violenta, se considerarmos as violências simbólicas que podem estar presentes na situação de entrevista. Aqui cabe voltar ao que Esperidião (2018) traz sobre a violência do etnocentrismo de classe presente na relação entre pesquisador e sujeito de pesquisa. Mesmo que não seja novidade as diferenças que existem entre os lugares sociais e as diferenças de marcadores sociais neste encontro de pesquisador e sujeito de pesquisa no Brasil, as pesquisas ainda não as tomam com a real importância e profundidade que necessitam. Segundo Esperidião (2018), a forma de fazer isto é pela via da vigilância epistemológica e de um rigor metodológico no delineamento e execução da pesquisa.

Por fim, além da implicação da pesquisadora, temos a implicação da orientadora enquanto pesquisadora responsável pela pesquisa a qual esse trabalho está vinculado e enquanto professora coordenadora do projeto ATnaRede. Estes atravessamentos perpassam a pesquisa desde indicações para seleção de participantes, ao diálogo com as análises a partir da disponibilização de informações sobre os acompanhamentos que não foram abordadas durante as rodas de conversa e entrevistas.

10. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, seis pessoas participaram da pesquisa. Uma pessoa que foi acompanhada pelo projeto anteriormente participou de entrevista e cinco pessoas que estavam em acompanhamento pelo projeto à época participaram das rodas de conversa. A primeira roda de conversa teve a participação de quatro pessoas (três mulheres e um homem). A segunda roda de conversa teve a participação de cinco pessoas (as quatro anteriores e mais um homem). A presente pesquisa não utilizou instrumentos para o levantamento de dados sociodemográficos dos participantes. Porém, a partir de inferência da pesquisadora, constata-se que as participantes da pesquisa em sua maioria foram mulheres – utilizaremos o pronome feminino ao se referir ao grupo de participantes da pesquisa de agora em diante, para enfatizar esse recorte.

Todas as pessoas que participaram das rodas de conversa compareceram acompanhadas de seus ats, os e as quais foram responsáveis por facilitar a circulação pelo território urbano por meio do acompanhamento desde a saída de casa até a universidade e posteriormente no retorno para casa. Aqui cabe destacar que as(os) ats não estavam presentes nas rodas de conversa - participaram de uma roda de conversa destinada aos acompanhantes. Esse outro espaço faz parte da pesquisa Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial, mencionada anteriormente, a qual este trabalho também se vincula.

A presente análise é ilustrada com trechos das falas dos participantes da pesquisa nas etapas de roda de conversa e entrevista. Optamos por não nos determos apenas na narrativa síntese elaborada pela pesquisadora, pois o material das falas contém uma complexidade e singularidades dos participantes que se mostraram importantes para a análise. Neste mesmo sentido, os momentos de devolução de dados da pesquisa com os participantes trouxeram novos elementos e reposicionaram questões para a pesquisadora que não estão contidas das narrativas.

A partir das transcrições da roda de conversa e da entrevista, foram encontradas 19 categorias de análise: 1) relação com a pesquisa, 2) avaliação sobre seu acompanhamento, 3) efeitos do AT na pessoa e em sua vida, 4) diferença do AT para outros atendimentos e para outras pessoas, 5) relação entre acompanhante e acompanhado, 6) relação com o projeto ATnaRede, 7) a troca/saída do acompanhante terapêutico, 8) concepções sobre o Acompanhamento Terapêutico, 9) vulnerabilidades, 10) institucionalização, 11) acesso ao acompanhamento terapêutico, 12) expressividade, 13) autonomia, 14) experiências marcantes e desejos para o AT, 15) relação com o saber especialista, 16) preconceito de classe, 17) função

do AT na rede de cuidado, 18) relação com a família, 19) desesperança de cura. A maior parte das categorias foi identificada nos dois dispositivos de pesquisa. Uma categoria foi encontrada apenas na roda de conversa (“autonomia”). Três categorias foram encontradas apenas na entrevista (“enquadre no AT”, “relação com saber especialista” e “preconceito de classe”). Cabe explicitar que a elaboração e seleção das categorias adotou como critério a pertinência em relação ao problema de pesquisa deste estudo. Dessa forma, as categorias “expressividade”, “relação com a família” e “desesperança de cura” foram descartadas, pois não estabeleciam relação com o problema de pesquisa a partir da análise proposta.

Todas as categorias foram agrupadas em três temas para análise, sendo eles: 1) Nossas percepções sobre o AT, uma avaliação a partir da experiência, 2) Um at para chamar de meu, o que está em jogo no processo de acompanhar e ser acompanhado e 3) Para pensar a Pesquisa.

O tema Nossas percepções sobre o AT, uma avaliação a partir da experiência é referente aos resultados do trabalho do AT, ou seja, a avaliação dos participantes sobre o dispositivo e os efeitos relatados. Os participantes da pesquisa apresentaram uma avaliação positiva do AT, ressaltando a importância de terem pessoas que os acompanham nas suas vidas, a possibilidade de uma escuta qualificada, a expansão de possibilidade de vida a partir do AT (como acesso à cidade, ao lazer e ao trabalho), elogiando as pessoas que os acompanham e expressando gratidão às pessoas que trabalham com at e ao acesso ao atendimento. Os participantes expressaram suas avaliações e concepções sobre o trabalho a partir da pessoa que os acompanha, relatando as características individuais dessa pessoa para falar sobre o que gostam ou não no acompanhante e, conseqüentemente, no AT. Neste tema estão contidas as seguintes categorias: 1) concepção sobre o AT, 2) avaliação com o AT, 3) relação com o projeto AT na Rede 4) efeitos do AT, 5) experiências marcantes, 6) autonomia, 7) vulnerabilidades e acesso a direitos sociais, 8) Institucionalização

O segundo tema – Um at para chamar de meu: o que está em jogo no processo de acompanhar e ser acompanhado – diz respeito a como os acompanhamentos se deram: o processo do AT, suas características e qualidades, bem como as formas de acesso e relação entre o acompanhante e acompanhado. O acompanhamento pelo projeto foi relatado, por todos os participantes, como o primeiro contato com esta modalidade de atendimento. A avaliação e concepção expressadas sobre o AT foram informadas pelas experiências que tiveram ao serem acompanhados, nas quais as características pessoais dos acompanhantes terapêuticos aparecem como fator que potencializa ou por vezes impossibilita o trabalho. A relação entre acompanhante e acompanhado é descrita como de amizade e confiança, na qual a(o) at pode auxiliar a pessoa a lidar com os problemas e dificuldades que encontra na vida. A relação

estabelecida no AT é descrita como diferente da relação com outras pessoas, seja da família ou do cotidiano da pessoa acompanhada. As categorias presentes neste tema são: 1) diferença do AT para outros atendimentos e para outras pessoas, 2) relação entre acompanhante e acompanhado, 3) relação com o projeto ATnaRede, 4) a troca/saída do acompanhante terapêutico, 5) acesso ao acompanhamento terapêutico, 6) enquadre no AT, 7) preconceito de classe, 8) função do AT na rede de cuidado.

O terceiro tema foi intitulado “Para pensar a pesquisa”, no qual estão presentes reflexões sobre a postura da pesquisadora no campo e sua percepção sobre a relação que se estabeleceu entre ela e as(os) participantes da pesquisa. Neste tema estão contemplados as categorias “relação com a pesquisa” e “relação com saber especialista”.

Cada um dos temas mencionados é desenvolvido e ilustrado com vinhetas no texto a seguir.

1. NOSSAS PERCEPÇÕES DO AT, UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA

Como dito acima, neste tema estão contidas as seguintes categorias: 1) concepção sobre o AT, 2) avaliação com o AT, 3) relação com o projeto AT na Rede 4) efeitos do AT, 5) experiências marcantes, 6) autonomia, 7) vulnerabilidades e acesso a direitos sociais, 8) Institucionalização. A discussão foi organizada em cinco subtemas, sendo eles 1) Concepções do que é AT ligadas à experiência, 2) Entre satisfação e insatisfação, uma avaliação possível, 3) O que o AT trouxe e suas possibilidades, 4) AT como um “respiro” à institucionalização prologada e 4) AT como um dispositivo de acesso a direitos sociais.

1.1. Concepções do que é o at ligadas à experiência

Para os participantes da pesquisa, o AT foi retratado como um espaço/momento para “falar dos problemas, de como está a vida, poder desabafar, poder conhecer lugares novos”. Segundo os participantes, no AT as acompanhantes terapêuticas “lhes ensinam a andar sozinhos e a como interagir com as pessoas”. Afirmam que o AT serve para conversar e conhecer as pessoas; dessa forma, é uma ajuda que lhes é oferecida e é alguém para ouvi-los. Uma das participantes declarou que o AT é “como uma terapia” e que serve para orientar a pessoa e fazê-la se sentir melhor. Nenhum dos participantes conhecia o que era AT antes de começar o trabalho. Dessa forma, o que expressam sobre o que consideram ser o AT está diretamente ligado à experiência junto ao projeto ATnaRede.

Quando perguntado sobre como explicariam o que é o AT para outras pessoas, a maioria das(os) participantes falou sobre o que fazem no acompanhamento como forma de descrever o trabalho. Os relatos foram sobre conversar sobre a vida, sobre como estão se sentindo e sobre os problemas que enfrentam:

“E se vocês fossem explicar pra alguém o que é o AT; vamos supor, uma pessoa que nunca ouviu falar do AT, o que vocês fariam pra pessoa sobre o que é o AT?”

LAILA: É legal.

GABRIELA: Legal.

LAILA: É, a gente conversa...

PESQUISADORA: Uhum

LAILA: Fala dos problema que acontece...

PESQUISADORA: Uhum¹⁰

¹⁰ Aqui a pesquisadora usou as interjeições que na roda de conversa seguinte os participantes apontaram como não sendo “legal”.

GABRIELA: *É, fala onde mora...*

PESQUISADORA: *Hã*

GABRIELA: *Fala como que está a vida. (...)*

PESQUISADORA: *Uhum*

GABRIELA: *Sabe da tua ruim, sabe da tua boa. (...)*”

Frente à mesma pergunta - sobre como explicaria o que é o AT para quem não o conhecesse -, a pessoa entrevistada comparou o trabalho do AT ao de uma terapia de consultório (com psicólogo ou psicanalista):

“E se tu fosse ter que explicar o que é o AT para uma pessoa que nunca ouviu falar de AT, como é que tu explicaria? que é o AT?”

SIMONE: É como se... como eu explicaria?... É uma terapia, é uma terapia como se tu fosse pagar num consultório, uma terapia; que tu colocasse os teus problemas e a pessoa fosse te orientando. Eu acho que... basicamente eu acho que é isso, né. Um terapeuta, um psicanalista, psicólogo, uma pessoa que tu vá colocando, que ele vá te fazendo perguntas ou mesmo, te fazendo perguntas que tu mesmo fosse falar o que tu está sentindo, que tu tá vivendo, vivenciando e essa pessoa fosse te orientando, fosse te dizer, fosse te mostrando caminhos, assim, né. Eu acho que... basicamente eu acho que é isso.”

Simone aproximou o trabalho do AT ao de uma terapia, a qual acontece pela fala, pela escuta e orientações dadas pelo profissional. A compreensão do AT como uma terapia pela fala difere de outros relatos, que incluem nas suas concepções sobre AT atividades na rua e intervenções mais diretas em suas vidas. Simone relatou pensar e refletir sobre sua vida e seus problemas com a pessoa que a acompanhava, porém não relacionou com os momentos nos quais o AT esteve com ela nas situações, ajudando-a – como ela mesma relatou em outros pontos da entrevista.

Todas(os) as(os) participantes da pesquisa – tanto da roda de conversa quanto da entrevista – relataram, em um primeiro momento, o caráter de conversação como forma de explicar o que é o AT e o que se faz no momento do acompanhamento. Os elementos de diálogo e reflexão apontam para proximidade do AT com o trabalho das técnicas *psis*, nas quais a intervenção se dá sobre o discurso, comportamento e visão do sujeito sobre sua vida. As participantes ressaltam, em diferentes momentos, o quanto gostam das conversas no AT e o quanto suas e seus ats as ajudam a pensar os problemas e a vida. Contudo, antes de entender essas falas enquanto uma afirmação sobre a escuta como uma característica intrínseca ao dispositivo, devemos olhar o que está em jogo na produção destes relatos.

Os atendimentos na modalidade AT, pelo projeto ATnaRede, são realizados majoritariamente por estudantes de Psicologia, em razão de o projeto funcionar como campo de estágio da graduação em Psicologia. Outras formações compõem o projeto. Pela via da residência multiprofissional em saúde mental coletiva da UFRGS, que tem o projeto como um

campo de atuação, pode compor a equipe residentes com formação em educação física, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem. Contudo, os residentes são em número reduzido, comparado com o grupo em estágio de psicologia. Olhando para a forte presença da psicologia no projeto, podemos perguntar até que ponto a ênfase no papel da palavra e da escuta nos relatos dos participantes pode ser produzido a partir desse recorte disciplinar da equipe. Dessa forma, a ênfase dada à conversação nos relatos pode ser pelo que as(os) ats ofertam durante o acompanhamento – a palavra e a escuta sendo ferramentas para intervenção e o que buscam explorar no trabalho. Essa característica de conversa no AT não seria também produzida por essa predominância da formação de base na área psi?

Outros elementos usados para explicar o que é o AT remetem à dimensão do ensinar/aprender foram sobre o quê quem acompanha ensina para a acompanhada ou quem é acompanhada aprende com sua at. Nesse sentido, Gabriela coloca sobre aprender a circular no meio urbano, entendendo os signos e símbolos presentes neste espaço para poder andar com segurança e sozinha. Gabriela retoma o caráter de ensinar/aprender na perspectiva de explorar e conhecer para explicar o que é o trabalho do AT:

“GABRIELA: Para ensinar a andar sozinha para os lugares e para ver melhor, conhecer melhor o at e fazer amizade.”

Ela traz um modificador de sentido no qual se vê melhor (apesar de não desenvolver este ponto) e se conhece melhor o at, trazendo o significado de amizade para essa relação acompanhante/acompanhado. A qualidade de fazer algo ‘melhor’ com a(o) at é interessante de ser observada. Remete à possibilidade de ter na pessoa da(o) acompanhante alguém que lhe auxilia, dá suporte e mostra como fazer as coisas (como atravessar a rua com segurança), o que, sozinha, teria dificuldades em alcançar ou simplesmente não conseguiria. Dessa relação, Gabriela nomeia, por fim, o sentido de “amizade”. Apesar de não ter aparecido nos relatos, a possibilidade de ensinar e aprender pode acontecer nas duas vias no AT, tanto a(o) at ensinar quanto a(o) at aprender com pessoa acompanhada. Poder exercitar essa reciprocidade no aprender e ensinar e a pessoa se ver como tendo o que ensinar podem gerar efeitos terapêuticos positivos na forma da pessoa se colocar frente às outras (PALOMBINI, 2004).

Por outro lado, a pergunta sobre a definição de AT retornou para a pesquisadora: uma das participantes perguntou sobre o significado da palavra ‘AT’ para a pesquisadora, o que gerou questionamentos sobre esse trabalho.

“LAILA: que é A.T.?”

PESQUISADORA: AT é Acompanhamento Terapêutico. É uma, são as duas letras. O A e o T é uma abreviação para Acompanhamento Terapêutico.

LAILA: É a gente conversar com as pessoas?”

PESQUISADORA: Hum. Ah, a ideia é a gente descobrir o que é esse AT hoje.

GABRIELA: Pra conhecer...hã...pra conhecer as pessoas?"

A partir da minha explicação sobre o significado da sigla AT, as participantes trouxeram novas perguntas para interrogar seus entendimentos sobre o que é este trabalho. As dimensões de conversar e conhecer pessoas reapareceram – agora como perguntas endereçadas à confirmação da pesquisadora. Como uma necessidade de aval sobre o que dizem sobre o AT frente à especialista (e acompanhante terapêutica), questionam se estão falando certo ou se eu posso confirmar se isso que pensam é mesmo o que é o AT.

Uma das participantes relatou ficar surpresa ao ver que seu at lhe ajudou a arrumar o armário de roupas quando ela falou que tinha dificuldade de fazer isso, pois não sabia que se disporia a ajudá-la a fazer isso. Segundo ela, nunca imaginaria que alguém formado em Terapia Ocupacional iria até sua casa para ajudá-la a dobrar suas roupas.

“SIMONE: Sabe? Não sabia exatamente, tanto é que eu vim a perguntar a ele o que era exatamente Terapia Ocupacional, né. Mas... aí eu digo pra ele assim: Daniel, olha só minhas roupas em cima da cama, aí. Sabe que isso dá uma agonia tremenda de me levantar e me ver, e ver essas roupas (tosse). Ai, me perdoa, Ana Carolina.

PESQUISADORA: Saúde

SIMONE: Aí disse assim pra mim: não, Simone, eu te ajudo. Eu digo: mas vem cá, Daniel, mas tu estudou Terapia Ocupacional para ajudar a tua at a empilhar roupa, empilhar roupa na cama? Não, mas eu te ajudo, se quiser, tu vai me dizendo. Ele vai me orientando, sabe? Ele vai me orientando. Por exemplo, quando eu vou ao supermercado, ele vai deixando eu fazer outras coisas, assim. Porque realmente eu não... fico perdida, sabe? Então, aí eu digo: não, mas eu não pensei, eu nunca achei que um terapeuta ocupacional ajudasse a gente a arrumar um armário ou coisa assim. Ele simplesmente vai orientando a fazer as coisas, orientando que a pessoa tem mais limitações ou que tem menos, ou o que gosta mais ou o que gosta menos. Então... foi isso que ele me falou. Mas eu também, por mim, eu pensava que era isso. Pensava que era isso.”

Simone expressa o quanto, em sua concepção sobre o que é o trabalho de um Terapeuta Ocupacional, não suporia que ajudar nas tarefas da casa fosse algo que esse profissional faria. Quando um at – com uma formação não *psi* – propõe acompanhar e auxiliar em uma tarefa doméstica, Simone se surpreende, pois não imaginava essa possibilidade. Mesmo não sendo esperado por ela, o at ter se envolver com uma tarefa “de casa” foi um ato valorizado, pois lhe ajudou a se relacionar melhor com essa tarefa para a qual relatou ter dificuldades.

Dos relatos feitos pelos participantes da pesquisa, esse foi o que mais trouxe a dimensão do auxílio com tarefas cotidianas como parte do trabalho do AT. Diferente dos relatos de ensinar uma habilidade nova ou aprender a se relacionar com serviços públicos, como o transporte público, quando a pessoa precisa aprender a se desempenhar nessa atividade (saber o qual o ônibus certo, saber como agir dentro e reconhecer a parada que deve descer); Simone

sabia como arrumar seu guarda roupa, não era algo desconhecido, mas estava com dificuldade para fazê-lo.

As concepções que as participantes trouxeram sobre o AT parecem estar mais associadas com as experiências que tiveram durante o acompanhamento. O tipo de postura e de intervenção de quem acompanha exerce um papel importante na visão das pessoas sobre esse trabalho. Fazendo um comparativo do relato de Simone com os outros relatos das participantes da pesquisa, enquanto Simone relata um at desenvolvendo ações que podemos aproximar da expertise da Terapia Ocupacional, as outras participantes relataram posturas mais ligadas à Psicologia. Sendo as posturas adotadas bastante ligadas à formação e à área disciplinar prévia, dependendo de qual formação a(o) at tenha, oferta-se mais ou menos a palavra, mais ou menos disposição a auxiliar em tarefas ou, ainda, mais ou menos uma postura de ensino como via possível para o trabalho em AT.

Ao discutir as aproximações possíveis entre o AT e a Terapia Ocupacional, Regina Célia Fiorati (2006) aponta que tanto a Terapia Ocupacional tem a contribuir ao campo do AT como campo interdisciplinar, enriquecendo seus saberes e práticas; quanto o AT tem a contribuir para desenvolvimento da Terapia Ocupacional dentro de um paradigma de atenção psicossocial que vê o sujeito como agente do seu processo de saúde e reabilitação. Contudo, mesmo com o caráter plural do exercício do AT no país, é majoritariamente exercido por profissionais e estudantes de Psicologia (Carvalho, 2002) e pensado a partir da Psicologia na produção acadêmica (SANTOS ET AL, 2015). Pitiá (2013) aponta que transpor as barreiras das especialidades profissionais na prática do AT ainda é um desafio, mas vital para que o trabalho possa contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa junto à comunidade, seus direitos e cidadania. Essa pluralidade de práticas possíveis a partir de referências teóricas e profissionais diversas que quem acompanha enriquece o campo do AT e pode trazer versatilidade à sua postura e intervenção. Dessa forma, transpor os especialismos é poder romper com uma visão parcial do sujeito.

1.2. Entre satisfação e insatisfação, uma avaliação possível

Os participantes da pesquisa relataram gostar do AT, descrevendo o AT como “interessante”, “legal”, ou “nota dez”. Os principais pontos positivos que apareceram nos relatos foram (1) a possibilidade de conversar com a(o) acompanhante terapêutica(o) sobre sua vida e questões que causam sofrimento ; e (2) a possibilidade de acesso à cidade por meio da circulação no território, conhecendo lugares novos ou simplesmente por poder estar na rua. O

“estar na rua” foi destacado como especialmente importante para as pessoas que têm uma maior restrição de circulação. Já no que diz respeito à possibilidade de conversar com a(o) at, foi apontada como possibilidade de conversar sobre “coisas importantes”:

PESQUISADORA: (...)O que mais que é bom do at?

LAILA: É que a gente conversa as coisas que têm de importante.

PESQUISADORA: Hum, as coisas importantes? E o que são essas coisas importantes que se conversa?

LAILA: Ah, falar de como é que tá, que tá as pessoas, como é que vai, como é que a gente conversa com as pessoas.

Laila relatou como importante “poder falar com a(o) at sobre como conversar com as pessoas”. Esse último ponto, diferente dos anteriores, que ficam mais em um caráter de relato e narrativa sobre sua vida, está na dimensão do modo *como* conversar. Interessante observar que o *como* remete a um exercício, talvez um desenvolvimento de habilidade, ou ainda a uma reflexão sobre diferentes formas de se comunicar dependendo de com quem se fala.

Apesar de uma certa relutância a fazerem críticas, também apareceram relatos de aspectos que os participantes não gostavam nos ATs. Essas críticas apareceram no dispositivo da roda de conversa, mas não nas entrevistas individuais. No primeiro momento da roda de conversa, dois aspectos negativos foram apontados: o primeiro, sobre o AT acontecer apenas uma vez por semana, pois alguns dos participantes gostariam que pudesse ocorrer mais vezes, especialmente para sair mais à rua e frequentar programas culturais (cinema); e o segundo, sobre a frequência da substituição de quem oferece AT pelo projeto, considerada “muito rápida”.

CAMILA: O que não é bom no AT é que é só uma vez por semana, né! Tinha que ser umas duas vezes por semana o AT, não só uma vez por semana... na minha opinião, só.

PESQUISADORA: Sim.

CAMILA: Não to criticando nada, só to falando.”

O enunciado de Camila sobre “o que não é tão bom no AT” consiste em uma valorização da importância do AT, enfatizada como um comentário e não “uma crítica”. Tal ponderação sugere uma busca por evitar com que o comentário seja interpretado como uma desvalorização do trabalho do AT, funcionando tanto como forma de proteger seu acesso ao AT quanto de alívio de tensão na interação comunicacional com uma pesquisadora que também é at. A sugestão de Camila de o AT acontecer mais de uma vez na semana foi retratada como positiva pelos demais participantes da roda de conversa, pois assim poderiam “sair mais, fazer passeios e ir ao cinema mais vezes”. Tais colocações apontam para a dimensão de lazer e acesso a cidade que o AT pode proporcionar.

Ainda, outra participante relatou que a mudança de pessoas que a acompanham era “muito rápida”:

“GABRIELA: O at sai ligeiro e a gente recém está conhecendo, o at sai ligeiro da faculdade.

PESQUISADORA: Hum. Das pessoas trocarem?

GABRIELA: É.”

Gabriela relatou que, quando estava desenvolvendo uma relação de proximidade com quem a acompanhava, a pessoa completava o período de estágio na universidade, tendo que se desligar do projeto e encerrar o AT com ela, passando o acompanhamento para uma nova pessoa. Gabriela, uma jovem em acolhimento institucional, vivenciava frequentes mudanças nas figuras de referência e cuidado e de pares com quem convivia nos contextos de acolhimento institucional. A declaração de Gabriela aponta para que o fato do AT ser desenvolvido por estagiários junto ao projeto, no qual tempo de acompanhamento é delimitado pelo processo de ensino universitário e não pelo tempo clínico, pode se configurar como uma limitação ou aspecto problemático no dispositivo do AT.

No segundo encontro da roda de conversa, a partir da leitura da narrativa, compartilhei a interpretação de que os participantes ficaram relutantes em fazer críticas. Após compartilhar essa interpretação, os participantes trouxeram novas ponderações com um teor mais crítico ao AT, expressando não gostarem tanto quando os acompanhantes terapêuticos são “mais silenciosos” e não engajam ou propõem conversas – condutas atribuídas a características pessoas como “timidez”.

LAÍLA: Tem gente (inaudível) não puxar papo com a pessoa ela não... a pessoa não conversa com a pessoa. Fica ali no canto, ali parado. Fica ali quieto sem falar nada. Se não puxar papo com a pessoa daí... daí fica assim. Se não puxar papo, não falar com a pessoa, a pessoa não fala com a pessoa.

CAMILA: Isso é verdade, que ela tá falando.

PESQUISADORA: Se vocês não puxarem assunto, a pessoa não fala nada?

CAMILA: Não fala nada.

GABRIELA: Elas pensam que a gente está fazendo besteira.

PESQUISADORA: Como assim, fazendo besteira?

GABRIELA: Falando com ela. Estranha quando a gente fala com ela, acha estranho.

LAILA: É, né. Tem gente que pensa. Tem gente que pensa mesmo.

PESQUISADORA: E aí, o que vocês falam para elas? Vocês avisam, assim - ôh! Fala comigo!

CAMILA: Eu falo, eu falo com a Maria sobre a minha vida, sabe. O que acontece na hotelaria comigo. Falo tudo pra Maria.

PESQUISADORA: E ela só escuta?

CAMILA: Só escuta

GABRIELA: E a pessoa faz: ahã, ahã.

Laila relatou que acompanhante terapêutica não iniciava as conversas e ficava em silêncio enquanto Laila não iniciava a fala. Essa percepção foi compartilhada por outras pessoas na roda. Gabriela, ainda, acrescentou achar que, quando a(o) at faz isso, seria um julgamento de que ela estaria “fazendo besteira”, ou que haveria “algo estranho” no que ela diz..

As participantes expressaram desconforto com esse tipo de postura da pessoa que as acompanha e desconfiança de que essa postura significaria um julgamento negativo por parte da(o) at sobre elas. Quando Gabriela enuncia sua explicação sobre o que significa o “*Elas pensam que a gente está fazendo besteira*”, traz mais uma vez, em sua fala, a dimensão de avaliação que supõe estar presente quando quem a acompanha fala pouco/não fala/fica em silêncio. Laila disse concordar com essa percepção de Gabriela sobre as(os) ats silenciosas(os).

Interessante observar o relato final de Gabriela, citando a expressão que esse tipo de pessoa faz: “Ahã, Ahã”. Essa expressão remete à postura de início de trabalho, das primeiras experiências de estágio em psicologia nas quais se aprende que, antes de dizer algo, se não se tem certeza, é melhor ficar em silêncio. Mesmo assim, o silêncio absoluto pode ser incômodo e difícil de sustentar, principalmente quando pensamos o enquadre do AT, que pede uma postura mais descontraída (onde o silêncio pode não ser o mais indicado). A partir dessa tensão, surgem as enunciações monossilábicas de concordância e incentivo à fala como *ahã, uhum, hum* que Gabriela denuncia com sua colocação. Essas expressões parecem denotar para Gabriela um certo desinteresse ou julgamento por parte da(o) at sobre ela e suas atitudes. A conclusão que Gabriela relata não é infundada, pois, nas relações cotidianas, quando as pessoas estão interessadas, elas se engajam na conversa trazendo colocações ou perguntas e, quando elas não estão tão interessadas, o silêncio e as expressões monossilábicas denunciam o desinteresse ou distração – e, conseqüentemente, uma falta de desejo.

É possível que essas expressões por parte dos acompanhantes ocorram com mais frequência no início do AT, quando a pessoa ainda está conhecendo quem ela acompanha ou ainda está insegura sobre o que fazer e falar na situação de AT. Essa insegurança é mais comum em quem tem no AT sua primeira experiência de trabalho clínico, como é o caso no projeto ATnaRede, no qual muitos dos estagiários realizam seu primeiro estágio curricular. Contudo, os participantes da roda não referem se observam essa situação se modificando conforme o tempo de acompanhamento progride e a relação vai se estabelecendo. Eles relatam esse tipo de atitude referida mais a uma característica pessoal, que algumas pessoas têm e outras não, preferindo essas que não são tímidas e conversam livremente. No entanto, o fato de que esse apontamento tenha sido vinculado às características pessoais da(o) at guarda relação com posturas clínicas de escuta e abertura e também não invalida a ponderação sobre a insegurança

por parte desta(e) no início do acompanhamento. A segunda roda de conversa – momento em que os participantes relataram essa crítica – aconteceu poucos meses após a troca de acompanhantes terapêuticos de alguns participantes da roda, o que pode indicar que se tratava de estarem passando por esse momento de início de vínculo e de trabalho por parte de quem acompanha. Características pessoais de quem acompanha podem auxiliar ou atrapalhar a relação vincular (transferencial), a exemplo de um gosto musical compartilhado, interesse por atividade em comum ou mesmo traços pessoais de ser mais ou menos expressivo (mais ou menos falante) que sustentam a relação e criam vínculo por onde o AT pode se fazer. Essas afinidades têm grande potencial para o estabelecimento do vínculo entre acompanhante e acompanhado. Da mesma forma, uma at “muito falante” pode ser incômodo para uma pessoa que precise de mais silêncios. Simone, na entrevista, relata que considera muito mais importante a pessoa saber ouvir do que falar, que, diferente das outras pessoas, a(o) acompanhante terapêutica(o) tem a possibilidade de ouvir.

Por outro lado, interagir com as pessoas muitas vezes se mostra algo difícil para quem busca o AT – seja pelo estigma, pelo emudecimento causado pela institucionalização ou pelo discurso que destoa do que se considera “normal”. Poder conversar, rir e contar da sua vida podem ser atividades banais, mas muitas vezes não fazem parte dos cotidianos dessas pessoas. É comum existir um isolamento relacional e afetivo nas pessoas que chegam ao AT. Em um trecho anterior, Laila coloca que, para ela, o AT serve para aprender como falar com as pessoas. Para que esse aprender seja possível, é necessário exercitar. Se a conversa fica trancada, cheia de silêncios, ou seja, quando a pessoa acompanhada não encontra na(o) at um(a) interlocutor(a) que sustente e dê vida ao diálogo, pouco será possível de aprendizado - mais provável é que se reforce a sensação de isolamento.

Esse seria um silêncio improdutivo, que afirma uma distância entre a dupla. Existe também o silêncio produtivo, que denota cumplicidade e vínculo, ao poderem silenciar na presença um(a) do(a) outro(a). Esse último não foi relatado pelas(os) participantes, porém silêncio têm lugar no AT e pode ser muito produtivo. O silêncio do at é diferente do silêncio das pessoas do cotidiano, que expressam o seu desinteresse sobre o que está sendo falado. Seria um silêncio para dar espaço para a pessoa se expressar, para fazer uso desse ‘espaço-tempo’ do AT. Porém, a(o) acompanhante terapêutico precisa se incumbir também de um papel ativo, capaz de sustentar a conversa quando isso se faz necessário.

A acompanhante terapêutica não deve ocupar a mesma posição de outras pessoas, para quem o acompanhado, em conversas cotidianas, conta suas experiências e angústias livremente. O que a acompanhante coloca de si deve ser enlaçado em um exercício de escuta ativa. Nessa

escuta está implicado o desejo do acompanhante de ouvir e testemunhar a vida do seu acompanhado. Nessas situações, como intervenção clínica, cabe ao at descolar-se desse lugar de suposto desinteresse, engajando-se ativamente na conversa e, se necessário, colocando mais de si mesmo “na roda”. Podemos tirar dessa crítica um indicativo de que, no trabalho de AT, é importante sustentar o diálogo, propondo assuntos e perguntas.

A avaliação do AT feita pelos participantes da pesquisa está ligada fortemente à pessoa da(o) acompanhante terapêutica(o). Quando foi pedido para as participantes desenvolverem mais a fala de por que gostavam do AT, as respostas diziam sobre a pessoa que as acompanhava, como ela é e o que faz. Na roda de conversa foram feitos muitos elogios aos acompanhantes terapêuticos.

“PESQUISADORA: (...) o que tem no AT que ele é bom? Por que foi, por que tu dá nota dez pro AT?”

CAMILA: Ah, por causa que a Raquel é pacienciosa comigo, ela me ajuda.

PESQUISADORA: Uhum

CAMILA: É, que mais. Eu acho a Raquel muito querida também.

PESQUISADORA: Uhum

CAMILA: Eu gosto muito da Raquel, e ela me ensina bastante coisa já..”

Nestes dois trechos podemos observar também que as habilidades clínicas aparecem nas colocações sobre as qualidades da pessoa: conversar ou ser pacienciosa. Quando Camila responde que dá nota dez para o AT porque a acompanhante é pacienciosa com ela e que gosta muito dela porque ensina coisas, ela está construindo a avaliação do trabalho enquanto qualidades da pessoa que a acompanha, o que de fato conta também. Porém, ter um certo grau de paciência, ensinar coisas, conversar e propor atividades poderíamos dizer que são constantes no trabalho de AT. Camila foi quem expressou essa dimensão mais explicitamente, mas os outros também falaram bem do AT a partir de ações ou atitudes dos acompanhantes terapêuticos. Aqui cabe uma diferenciação entre Camila e os outros participante da roda: ela era a única que, até aquele momento, só tivera uma pessoa a acompanhando, não havia passado por trocas de ats. Os outros participantes da roda já haviam tido experiência com diferentes ats.

O fato de ter sido acompanhada por apenas uma pessoa pode exacerbar a expressão de avaliação ser vinculada às características da pessoa que a acompanha. Porém, mesmo que a avaliação seja feita a partir das características pessoais, os elementos que as(os) participantes da pesquisa trazem (pacienciosa, querida, não faz fofoca, ensina...) dizem de posturas que também são clínicas. Podemos pensar que, no AT, como em outras situações clínicas, a(o) acompanhante faz uma estilização, a partir de suas características pessoais, da postura clínica, de forma que as duas se mesclam. A especificidade da estilização presente no AT pode ser pensada no sentido de que, à medida que se está em cena ao desabrigo das salas de atendimento,

as características pessoais se apresentam com mais intensidade. Isso se evidencia especialmente no que se coloca como limite para quem acompanha, seja no atravessar ou não fora da faixa de pedestres ou com sinal aberto para os carros, seja em termos de restrições alimentares, ou no quanto está disposto a andar ou no quanto tolera comportamentos de quem acompanha ou das pessoas da convivência de quem acompanha, com as quais não está habituado.

Por isso Mendonça (2017), ao falar da postura necessária a(o) acompanhante terapêutico no início do trabalho, aponta que precisa existir um certo nível de abertura e tolerância pessoal para se permitir habitar o cotidiano do outro e suas regras e dinâmicas. De forma inversa, no AT se coloca o desafio de fazer um uso das características e trejeitos e estilo da(o) acompanhante terapêutico como potência e ferramenta do trabalho.

Não vimos uma relação forte ser estabelecida pelos participantes da pesquisa com o AT em sua dimensão institucional (como projeto de extensão universitária). Suas avaliações e relatos foram quase sempre feitos sobre a pessoa do acompanhante terapêutico. Pensando o formato em que o AT se dá, não é de se estranhar: é o acompanhante terapêutico, e não o projeto, que é apresentado para a pessoa – normalmente por um técnico de referência do serviço que acompanha a pessoa ou pela(o) at anterior. Eles só entram em contato com a dimensão do projeto pela fala do at, que pode mais ou menos fazer esse exercício; quando é apresentado ao termo de consentimento do projeto; quando vai aos piqueniques; ou quando uma pessoa do projeto participa de alguma reunião de rede em que a pessoa acompanhada também esteja presente (algo não tão comum).

A única situação em que o projeto aparece nomeado é no relato sobre a impossibilidade de acolhimento de um pedido que a Camila fez para sua acompanhante terapêutica:

CAMILA: Hein, Ana, a Raquel disse que não pode ser mais, não pode ser duas vez por semana por causa da que foi, eles estuda, né, eles estuda, faz estágio, trabalha. Por isso que não pode ser duas vez por semana, tem que ser só uma vez por semana.

PESQUISADORA: Uhum

CAMILA: Daí eu compreendi a Raquel. Entendi tudo mais. Ela disse que não pode, tem que ser só uma vez por causa que é, como que é? É ordem do... que vocês fazem aqui, mesmo? É ordem... é ordem do projeto.

PESQUISADORA: Uhum

CAMILA: Ela disse que é ordem do projeto que disse só uma vez por semana.

PESQUISADORA: Uhum

CAMILA: Mas eu entendo, né? Eu entendo tudo. Eu entendo, entendi.”

Em sua fala, o projeto surge para dar contorno à impossibilidade de fazer o AT mais vezes na semana. Para além da impossibilidade pessoal de Raquel (por ter aulas e estágio e trabalho), a regra que marca o limite na fala de Camila é institucional. Pensando a relação entre acompanhante e acompanhada, a impossibilidade de atender ao desejo de maior presença não

recair sobre a at, mas sim ao projeto, possibilita que o endereçamento do pedido se desloque da pessoa de Raquel para a organização projeto. Esse deslocamento resguarda a relação entre a dupla, pois não é Raquel que está negando o pedido por mais investimento de tempo, mas um terceiro. Não é que Raquel não queira vê-la mais vezes, pois não é ela quem faz essa negativa. Dessa forma, o projeto opera como mediador da relação do AT.

Valer-se dessa ferramenta de mediação é especialmente interessante quando a(o) at não consegue se valer de outros mediadores (como estudos, outro trabalho, vida pessoal) para falar da impossibilidade de atender a esse tipo de pedido, ou quando estas limitações não conseguem ter peso suficiente na conversação entre acompanhante e acompanhado para dar sentido a uma negativa. Também opera de modo a não deixar o argumento ser um não sem sentido ou um não pela(o) não querer da(o) at, permitindo sustentar a relação sem que a pessoa acompanhada sinta que é um desinvestimento ou recusa.

Pensando em uma prática feita por estagiárias(os), ter esse mediador externo pode ser bem importante quando ainda não se está tranquilo para sustentar o limite da sua prática em vez de interpretá-lo como falha pessoal. Isso importa especialmente porque, nestes primeiros exercícios da prática profissional, o fazer ainda está em construção e está-se descobrindo possibilidades e limites de atuação.

O pedido de Camila não deixa de ser legítimo, mas não deve recair apenas sobre o corpo e a individualidade da pessoa que a acompanha. É impossível uma pessoa (um profissional) sustentar/amparar as necessidades e desejos de outrem, principalmente ao pensarmos que normalmente são complexas as vidas e as situações (vulnerabilidade social) que um(a) at acompanha. Entender as possibilidades e os limites do trabalho é um aprendizado da clínica de forma geral e especialmente importante para a clínica do AT. Nesse momento a(o) at se depara com seus limites de atuação pessoal. A pessoa precisa de mais, mas a(o) at não consegue dar conta. Portanto, essa demanda precisa se desdobrar para a rede da pessoa acompanhada (seja os serviços, a família, a comunidade) e também para a própria pessoa.

Dentre os relatos feitos pelas participantes da pesquisa sobre o que gostam, não gostam e sobre como foram as experiências que tiveram no AT, a presença da(o) acompanhante terapêutico(o) em suas vidas apareceu em todos os relatos como algo positivo. Mesmo com relato de situações em que atitudes da(o) at não foram da forma que gostariam – como não lhes trazer cigarro para poder fumar –, essas situações não demonstraram abalar o vínculo entre acompanhante e acompanhado. Uma constante nos relatos foram elogios às pessoas que as acompanham ou acompanharam. Independentemente dos possíveis ou relatados efeitos e/ou

mudanças em suas vidas, as participantes da pesquisa atribuem à presença da(o) at o principal sentido do trabalho. Simone foi quem verbalizou essa valorização de forma mais explícita:

“SIMONE: Só que eu gostava muito da presença deles, só. Gostava muito, sabe? A maioria, eles vinham no sábado, no sábado de manhã. Não, Rita e Vinícius, eles vinham durante a semana. Gostava muito, sabe. Quando eles não vinham, assim, faltavam, a gente sentia falta...”

Simone coloca que cada dia em que seus ats iam visitá-la era importante, não era apenas o dia de um passeio ou outro dia em que fizeram algo de que ela gostou muito que Simone valorizava. Os dias em que os ats não iam eram dias em que sentia a falta do encontro. Nesse sentido, os dias em que seus ats costumavam ir à sua casa configuravam um evento esperado por ela durante toda semana.

Este foi o relato de Simone, mas também outros participantes afirmaram valorizar a presença da(o) at em suas vidas. Ter alguém que marque essa presença no cotidiano, estando ali em corpo por e para a pessoa, principalmente quando a rede afetiva desta se mostra escassa, parece ser um dos pontos do acompanhamento que produz marca nas (e diferença na vida de) pessoas acompanhadas.

Sereno (2006) traz que uma *presença ativa* é parte essencial da construção da transferência na clínica do AT. Isso porque esse conceito condensa diferentes ideias sobre esse trabalho e as funções que a(o) at exerce. A primeira função diz respeito ao corpo do at e seu entrar em cena durante o acompanhamento, podendo este servir “como sobra, referência e também com certo tipo e acolhimento” (SERENO 2006, p. 175). A segunda função descrita é a de secretário, na medida em que a(o) at se coloca como um tradutor do que é externo, seja outras pessoas, signos da cidade, organizações ou instituições. Por fim, a autora traz a dimensão de “espelho” para caracterizar a terceira função, a da presença ativa, onde o acompanhado pode ser reconhecer no corpo desses outros (da(o) at).

Essa valorização da presença do acompanhante terapêutico pode apontar para dificuldades de estabelecimento de vínculos e relações próximas e significativas. Isso não quer dizer que a dificuldade tenha origem unicamente na pessoa, o social desempenha grande papel na exclusão social e na restrição de possibilidades de vida.

1.3. O que o AT trouxe e suas possibilidades

A partir do enunciado disparador “o que muda na vida ter um AT?”, expresso na roda de conversa, os participantes relataram como principais mudanças o desenvolvimento de maior “autonomia” e “se sentir menos só”. As considerações sobre autonomia estão relacionadas a

uma maior possibilidade de deslocamento pela cidade, de conhecer novos lugares, de lidar com seu próprio dinheiro e à possibilidade de inserção no mundo do trabalho. As considerações sobre “se sentir menos só” têm relação com a presença e companhia que a(o) at exerce na vida da pessoa.

Na roda de conversa, os efeitos relatados dizem respeito a uma maior autonomia dos participantes, como vemos na fala de Camila:

“CAMILA: O que mudou na minha vida no at é que eu estou tendo mais autonomia agora. Tendo mais autonomia. A Raquel que me ensinou a ter autonomia, sabe?(...) Me sinto outra pessoa tendo o at.”

Neste trecho Camila ressaltou a dimensão de processo de autonomia – ela usou a expressão “tendo mais autonomia”, o que é diferente de ter dito algo como “sou mais autônoma”. Ela também atribuiu essa experiência a uma dimensão de aprendizagem vivida com a pessoa que a acompanhava, vendo a at como alguém que pode ensinar-lhe algo. Além de Camila, outros participantes mencionaram a liberdade e a possibilidade de sair – que podemos relacionar à autonomia a que Camila se refere (*“DIACO: Ah, é mais liberdade, poder sair.”*). Também foi feita menção a uma expansão das experiências vividas (*“GABRIELA: Conhecer os lugares.”*).

Ao serem perguntados sobre o que consideravam autonomia, os participantes responderam o seguinte:

“PESQUISADORA: (...) e como é que é ter mais autonomia?”

CAMILA: Como a Gabriela falou, é sair sozinha.”

PESQUISADORA: (...)A Gabriela falou que autonomia é poder andar na rua...

CAMILA: É

PESQUISADORA: O que mais pode ser? O que mais é autonomia?

CAMILA: Lidar com dinheiro. (Tosses)

GABRIELA: Trabalhar, receber banco.

CAMILA: É, trabalhar lá no Gera Poa, lá.”

Aqui vemos que os participantes retomam a dimensão do poder se deslocar com maior liberdade pela cidade e acrescentam duas novas dimensões ao significado de autonomia: trabalhar e lidar com dinheiro - o lidar com dinheiro também foi relacionado a ir ao banco (local), e o trabalhar foi vinculado a um serviço municipal de geração de renda. Estas novas dimensões são tarefas socialmente significativas no nosso modo de vida contemporâneo e são meios pelos quais a pessoa pode exercer relativamente um maior poder de decisão sobre sua vida. É importante observar que, quando os participantes enunciam essas dimensões como efeitos do trabalho do AT, ao mesmo tempo evidenciam que no seu cotidiano não experienciavam estas dimensões de autonomia.

Outra participante declarou que o principal efeito na sua vida, tendo um acompanhante terapêutico, foi diminuir seu sentimento de solidão. “*Eu acho que muda na questão de tu não te sentir tão só, tão só...*”. Simone comentou se sentir muito sozinha e ter alguém para ouvi-la foi muito importante. Além disso, argumenta que, diferente das outras pessoas em geral (que não escutam), o at escuta. A partir da colocação de Simone, podemos pensar sobre a importância da criação de um vínculo entre acompanhante e acompanhado, que se dá a partir da presença, de forma continuada, mesmo que uma vez por semana, e que se soma a uma escuta qualificada.

Entretanto, a percepção de haver mudanças na vida proporcionadas pelo AT não foi unânime: uma participante relatou não ter havido mudança na sua vida com o trabalho do AT. As pessoas que mais relataram sentir mudanças com o início do trabalho de AT foram as que têm mais restrições em seus cotidianos. As pessoas que não se deslocam sozinhas pela comunidade ou que estão institucionalizadas retratam o momento do acompanhamento como uma ampliação de suas possibilidades de vida. Já as pessoas que experienciam maior autonomia em seus cotidianos não significam o AT desta forma. Essa diferença de relatos aponta para a diversidade de atuação do AT, adequando-se às necessidades da pessoa acompanhada.

Além disso, nas entrevistas foram expressas ponderações sobre os limites “terapêuticos” do AT, especialmente relacionados ao potencial de promover mudanças significativas na vida do sujeito. A partir da pergunta sobre os efeitos do AT na sua vida, Simone também trouxe a reflexão sobre os limites desse trabalho e uma crítica a fantasia de que o AT poderia “resolver” os problemas da vida da pessoa:

“SIMONE: Eles tão aqui pra te ouvir. (...) Mas também não é pra acabar com teus problemas, sabe? Agora vão pensar, vão acabar com teus problemas, chegam aqui: não, vou acabar com os problemas dela! Não, não é bem assim que funciona, sabe?”

Neste trecho, Simone colocou que o at oferta uma escuta, uma oportunidade de a pessoa falar e ser ouvida (e ouvir o que fala). Porém, isso não significa que a chegada deste at tenha como consequência a resolução dos problemas e conflitos enfrentados pela pessoa. Nesse sentido, quem acompanha também não deveria cultivar essa fantasia ao iniciar o trabalho (ou durante). Ao rejeitar uma suposta onipotência do AT, Simone acrescentou que existem outros fatores para pensar os efeitos do trabalho e que estes não estão só vinculados à pessoa que acompanha. Simone também expressa que os efeitos do AT dependem da própria pessoa que está sendo acompanhada, de como ela vai agir e lidar com suas questões:

SIMONE: Ele não vai solucionar teus problemas, tu não vai sair de uma terapia dando, achando que a tua vida, pensando que a tua vida dar uma volta de 360 graus, não. Não é por aí, né? Mas pelo menos vai amenizar ameniza as tuas dores, as... os teus, as tuas, como eu vou te dizer, assim? É... é...então... ai, não sei, não acho palavras, assim... Ameniza a tua depressão, né. Aí é uma coisa, assim, que depende

de pessoa pra pessoa, porque tem pessoas que podem reagir de uma maneira e outras, de outro, né?

PESQUISADORA: Uhum

SIMONE: Né? Tem pessoas que fazem terapia, terapia não sei quantos anos. E acabam cometendo suicídio. Aí vai depender da pessoa, depende muito da pessoa, de como vai na cabeça da pessoa, sabe? Um terapeuta ocupacional, ele não pode pensar se a pessoa vai pagar uma terapia e pensar assim: não agora ela vai sair boa daqui, vai sair cem por cento e não poder fazer alguma coisa. Aí vai depender da pessoa, como a pessoa vai reagir, a pessoa vai ver... se vai começar a ver a vida diferente, sabe? Acho que isso independe do terapeuta, né? Acho que vai mais é de ti. Ele tá ali pra te dar uma orientação, assim, independe, como eu disse, reitero o que eu falei, independe do terapeuta, acho que vai mais é de ti, de te ajudares, né?"

Simone coloca a implicação e desejo da própria pessoa com o AT, sobre o uso que a pessoa pode fazer desse ‘espaço’ e o quanto está disposta a se trabalhar independente de quem lhe está acompanhando. Ela coloca o AT como uma ferramenta de que a pessoa pode se beneficiar pelo menos como um possibilidade de “amenizar a depressão”. De certa forma, ela discute a dimensão da possibilidade de cura ou não do mal que lhe aflige e coloca que essa possibilidade é para além do que o AT ou outro atendimento/trabalho possa oferecer. É interessante pensar que Simone expressa ver o AT muito mais como um espaço para refletir sobre sua vida do que relativo ao testemunho do seu cotidiano, auxiliando-a a explorar e acessar a cidade ou outras possibilidades de vida.

Simone coloca ainda em questão a responsabilidade e a implicação da própria pessoa para buscar sua cura. Ela aponta que os efeitos subjetivos, de posição frente à vida e ao desejo, são responsabilidade da pessoa acompanhada. Por mais que a(o) at se esforce, sem a implicação da pessoa em busca em alguma cura - o que quer que isso signifique para o sujeito em questão – não será possível o desenvolvimento do processo clínico.

1.4. AT como um “respiro” à institucionalização prolongada

A partir da narrativa de uma das participantes, vemos que o AT pode ser um espaço que produza diferença no cotidiano de uma institucionalização prolongada que as pessoas acompanhadas vivem, especialmente quando essa institucionalização implica em uma restrição das possibilidades de vida. Vemos essa relação a partir do relato de Camila, uma mulher residente em uma clínica geriátrica mesmo sendo jovem, que experienciava o AT como uma das raras oportunidades de saída do residencial e circulação pelo território urbano em seu cotidiano:

“CAMILA: Hein, ô Ana, eu fico tão triste ficar trancada naquela clínica.

PESQUISADORA: Tá morando numa clínica?”

CAMILA: Estou. Faz oito anos e quatro meses que eu estou internada. Oito anos e quatro meses que eu estou internada.

À exceção do dia do AT, Camila relatou sair do residencial apenas para consultas - “só vou ao médico, tirar exame de sangue”- ou quando sua mãe vai visitá-la, permanecendo o restante do tempo na instituição, na qual disse se sentir presa - não podendo “sair para a rua” pois “a clínica não permite”.

“CAMILA: É, é uma, eu to nessa clínica, mas essa clínica é fechada, não pode ficar na frente, sabe? Fica só nos fundos, não dá pra ver movimento de carro, não dá pra ver as pessoas. Por causa que não pode ficar na frente da clínica, tem que ficar nos fundos. Por isso que eu acho chato isso.”

O residencial geriátrico foi descrito como um espaço de funcionamento asilar, que restringe a expressão da autonomia, fazendo com que Camila ficasse “(...) muito triste de ficar trancada naquela clínica sem fazer nada”. Por conta desta experiência negativa de institucionalização, Camila percebe o AT como uma oportunidade de sair (literalmente) da instituição. Nessa situação, o AT se torna um espaço de alívio dentro da institucionalização, na medida em que é o espaço no seu cotidiano em que pode exercer mais liberdade – mesmo que essa liberdade só seja possível mediante a supervisão da pessoa que a acompanha.

“CAMILA: Eu, Ana, eu...eu me (inaudível) se o at, é... por exemplo, se o at passar por duas vezes por semana, eu vou ficar muito feliz! Vou ficar muito feliz; é só minha opinião que eu to dando, só.

Camila expressa a importância desse momento no seu cotidiano e o interesse de que pudesse acontecer mais vezes para aplacar a restrição de acesso à cidade e às suas possibilidades de vida, experienciada pela rotina no residencial geriátrico. Em uma condição de institucionalização, o AT pode ser experienciado como um alívio, na justa medida (talvez com mais vezes na semana) para suportar e tornar tolerável essa institucionalização irregular. Dessa forma, o AT terminaria por significar a manutenção da situação, como o respiro de uma panela de pressão que alivia a pressão apenas o suficiente para que tudo continue funcionando (sem explodir).

Em tais condições, o AT corre o risco de funcionar como um dispositivo que produz um tipo de “liberdade sob tutela de sua presença”, sem questionar o funcionamento manicomial da instituição, que restringe sua possibilidade de saída e não oferece condições para auxiliá-la a exercer sua autonomia e seus direitos.

Por outro lado, a presença do acompanhante terapêutico em uma situação de institucionalização pode servir também como um testemunho dessa situação. Porém, o testemunho só se dá na medida em que quem acompanha consiga “co-sentir”, compartilhar de algum modo do sentimento de aprisionamento, mas não padecer da situação junto à pessoa.

Palombini e Pasini (2017) apontam que o AT pode operar com analisador da rede de atenção psicossocial que compõe o cuidado da pessoa acompanhada e, com isso, auxiliar na sua transformação e na de suas práticas. É preciso pautar o trabalho por uma ética antimanicomial, acionando a rede, tensionando as práticas manicomiais da instituição e construindo alternativas de um exercício de vida em liberdade.

O local em que Camila relatou residir é uma ILP - instituição de longa permanência –, destinada ao cuidado contínuo de pessoas idosas e regulamentada pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Ela nos contou que mora há mais de oito anos nesta clínica, o que, considerando a sua idade, significa que ela ali reside provavelmente desde que atingiu a maioridade (18 anos). Ou seja, sua situação de moradia era muito distante do perfil para quem se destina uma ILP. Ela também relatou que sua mãe não tem condições de lhe acolher em casa, pois “*é muito pobrinha*”, colocando assim sua necessidade de ser acolhida em um serviço de moradia que não é possível com a família e talvez nem pelo seus próprios meios.

A situação de Camila¹¹ condiz muito mais com o acolhimento por um Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) do que o de uma Instituição de Longa Permanência. (ILP). Os SRTs (Serviços de Residencial Terapêuticos), instituídos pela portaria 106/2000 (BRASIL, 2002), destinam-se a portadores de transtornos mentais egressos dos hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia bem como às pessoas com transtorno mental em acompanhamento em CAPS que apresentem problema de moradia e, ainda, pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos (BRASIL, 2004b). O trabalho dos SRTs é voltado para o cuidado integral em liberdade e com autonomia das pessoas que ali moram.

Nesta pesquisa acessamos um pequeno recorte temporal da situação vivida pelas participantes junto ao AT – as rodas e entrevista tiveram dois meses de intervalo entre si. Com esse recorte, não chegamos a ter acesso aos desdobramentos da experiência do AT estendida no tempo. Além disso, mesmo que este tema tenha surgido a partir do relato de apenas um dos participantes, consideramos ser assunto de extrema relevância, pois indica os desafios de um AT frente à institucionalização e à necessidade de uma maior presença do at (e de outros serviços) que contribuam para a desinstitucionalização e a construção de autonomia do sujeito. São questões completamente atuais e centrais para avançar na construção de um cuidado em liberdade.

¹¹ Neste momento, Camila aguarda sua transferência para um SRT, o que se pode considerar resultado do trabalho articulado entre ATnaRede, Gestão de Saúde Mental, CAPS e Judiciário.

1.5. AT como dispositivo de acesso a direitos sociais

A partir da fala dos participantes sobre a experiência de serem acompanhados, observamos que o AT também se constitui como um meio de acesso a direitos sociais básicos. Essa constatação emerge dos relatos de situações em que o acesso a estes direitos foi possível pela presença ou intervenção do acompanhante terapêutico, seja diretamente ou articulando com outros serviços da rede pública esse acesso.

O acesso ao mundo do trabalho foi um dos pontos relatados pelos participantes da pesquisa, ocorrendo a partir do acesso a outros dispositivos da rede pública. No trecho a seguir, Camila conta sobre como esse acesso se deu ao iniciar o contato com o serviço de geração de renda do município:

“CAMILA: Ai eu vou ver se eu vou no GeraPOA, pra ver se eu começo a trabalhar lá no Gera Poa, lá.... Eu e a Raquel até já fomos no GeraPOA, lá. Pra conhecer lá, tudo mais. Eu gostei de lá.”

O Geração POA é um serviço da rede pública que disponibiliza oficinas com técnicas de artesanato e programas de geração de renda e de inserção no mundo do trabalho para pessoas com diagnósticos de saúde mental. Este serviço participa de feiras locais e tem uma loja própria onde comercializa os trabalhos feitos pelos usuários. Camila conheceu o Geração POA com a sua acompanhante terapêutica, não tinha conhecimento do serviço antes. Inclusive relatou que nunca trabalhou durante sua vida e vê a inserção no serviço de geração de renda como um acesso ao trabalho e uma conquista de autonomia, como relata ao responder à pergunta do que é autonomia.

Um ofício manual para geração de renda é diferente de se inserir do mercado de trabalho formal com carteira assinada e direitos trabalhistas. Porém, Camila nomeia o espaço como acesso ao trabalho, o que indica que existe um pertencimento simbólico ao mundo do trabalho ao produzir renda, mesmo que tal renda não seja suficiente para o seu sustento.

Pesquisa realizada com usuários dos CAPS em Campinas/SP encontrou que alguns usuários só acessam direitos básicos a partir do adoecimento e consequente acesso ao serviço de saúde mental (SURJUS e ONOCKO-CAMPOS, 2011). Podemos considerar o AT também um dispositivo acessado por pessoas em adoecimento, e seu auxílio no acesso a direitos básicos corrobora o achado dessa pesquisa. Cabe contextualizar que a pesquisa citada foi feita nos primeiros anos de implementação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social)¹², ficando muito a cargo dos serviços de saúde a busca pela garantia de assistência social e acesso a direitos

¹² A implantação ocorreu em 2005, com a aprovação pelo CNAS.

básicos. Este contexto, mesmo assim, não exclui a validade do achado, pois é um dado que segue atual. Cabe refletirmos sobre a necessidade de corresponsabilização da rede de serviços públicos na busca de garantir direitos sociais básicos às pessoas que essa rede acompanha.

Ao analisarmos a situação trabalhista no país, no ano de 2019 tivemos a maior taxa de pessoas no trabalho informal já registrada pelo IBGE¹³ desde que iniciou este levantamento de dados, em 2012. A taxa de trabalhadores no trabalho informal está em 41,3% da população acima de 14 anos. Se somarmos ao índice de desemprego de 11,8%, temos mais da metade da população brasileira que não acessa o trabalho formal. Desse modo, podemos entender a aproximação entre ser produtiva (em oficina de geração de renda) e trabalhar.

O segundo ponto que aparece dentro do tema de acesso a direitos básicos é o acesso à cultura e ao lazer. Tanto na roda quando na entrevista foi perguntado para as pessoas se havia alguma coisa do AT, algum momento ou história que elas gostariam de contar. As respostas não vieram de imediato, mas diziam sobre momentos de lazer compartilhados pelas duplas. Foram relatados passeios a parque de diversões, idas a praças e a eventos artísticos da universidade, além de relatos de planejamento de passeios para finalização do tempo de AT com a acompanhante terapêutica e desejos de passeios futuros. Tais relatos foram carregados de afetividade e declarações de valorização ou prazer com estes momentos.

CAMILA: Ah! Tenho uma coisa pra te contar!

PESQUISADORA: Me conte.

CAMILA: A Raquel falou que... que a gente vai andar de barco.

PESQUISADORA: De barco?

CAMILA: Ahã. No nosso último at, né, nós vamos andar de barco.

PESQUISADORA: Olha!

CAMILA: Nosso último at. Ali na orla do Gasômetro. Vamos andar de barco.

PESQUISADORA: Parece um programa...

CAMILA: É.

PESQUISADORA: Né? Tu gosta de barco?

CAMILA: Gosto.

PESQUISADORA: E a ideia foi de quem?

CAMILA: Da Raquel.

PESQUISADORA: Ah.

CAMILA: Gostei muito da ideia, andar de barco.”

¹³ Informações retiradas de: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua Agosto de 2019 Trimestre: abr-mai-jun/2019 (Quadros sintéticos, p. 1) disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?edicao=25199&t=quadro-sintetico>

Neste trecho Camila relata a proposta de um passeio feito pela acompanhante terapêutica para marcar a sua despedida, pois o tempo de estágio da at terminaria e outra pessoa passaria a acompanhá-la. Tratava-se de uma forma de marcar a passagem do acompanhamento celebrando o tempo passado juntas - um rito que dá contorno a uma dinâmica inerente ao contexto de estágio e residência de, a cada ano, ser uma pessoa diferente fazendo o AT. Abordaremos esse ponto sobre as trocas e saídas dos ats mais adiante no texto. Outro trecho, para destacar o tema do acesso à cultura e ao lazer, trata da exposição que Laila visitou com sua at:

“LAILA: Pra conhecer, fui conhecer aquele negócio que tem livros. Como é que se diz o nome? É... com a faculdade.

PESQUISADORA: Faculdade? Ah, UFRGS?

LAILA: Fui com a Sofia.

Ana; Foi com a Sofia? E tinha muitos livros?

LAILA: Tinha um evento.

PESQUISADORA: Uhum

LAILA: Tinha imagem de gente.”

. O acesso à cultura e ao lazer está cada vez mais mediado pelo consumo, seja ir ao cinema ou parque de diversões - atividades de lazer citadas durante esta pesquisa. O dinheiro perpassa o cotidiano das atividades prazerosas, seja pelo ingresso pago, seja pelo transporte ou alimentação. Programas e eventos culturais públicos estão cada vez mais escassos devido ao corte do orçamento governamental para a pasta da cultura, que teve seu auge de cortes com a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016) - também apelidada de “EC da Morte” - que congela os gastos públicos por vinte anos. Um exemplo disso é o rareamento do financiamento de um dos programas que possibilitou acesso à cultura nas periferias: a Programa Cultura Viva que é responsável pelos pontos de cultura geridos pela sociedade civil em diversas cidades do país.

A discussão sobre o impacto do Programa Cultura Viva dialoga com outra questão importante de analisar: as atividades relatadas como prazerosas pelos participantes da pesquisa não acontecem nos territórios em que moram, como praças ou associações comunitárias. A maior parte das atividades envolvia um investimento financeiro (cinema, parque de diversões, passeio de barco, “pedalinho). As atividades relatadas que não envolviam uma necessidade direta de dinheiro foram a exposição de fotos na faculdade e os piqueniques organizados pelo projeto ATnaRede. Mesmo estes passeios gratuitos exigiam deslocamento via transporte público e nem sempre as pessoas possuíam cartão de isenção de pagamento, o que acarretava a necessidade de uma organização financeira. Esta última não costuma ser simples, na medida

em que muitos não têm acesso direto ao benefício que recebem, ou não têm renda própria ou precisam destinar dinheiro para necessidade básicas como moradia e alimentação¹⁴.

O relato de Laila sobre o passeio à exposição de fotos da universidade aponta para função que as universidades públicas assumem, ao longo de suas existências, de possibilitar acesso à cultura para as comunidades que interagem com essas instituições. As ações de extensão e atividades culturais da universidade talvez não tenham uma permeabilidade grande pela comunidade local, mas se mostram como uma potencial oportunidade de acesso (gratuito) à cultura pela população em geral. Com todas as mudanças da universidade advindas do ingresso de pessoas negras e indígenas pelas ações afirmativas, cada vez mais pessoas não brancas podem se reconhecer nas produções artísticas universitárias (peças de teatro, exposições, oficinas). Esse diálogo também ajuda a construir uma universidade mais diversa e popular.

Voltando à análise dos relatos, o espaço do piquenique do projeto foi uma das atividades mais bem quistas pelas pessoas – talvez porque as duas rodas de conversa que realizamos tiveram como atividade subsequente o piquenique. Entretanto, mesmo na entrevista, que não estava vinculada a um piquenique, este foi apontado como um momento importante e prazeroso, tendo marcado a experiência da acompanhada com o projeto - quando perguntada o que lembrava sobre o AT realizado pelo projeto, ela falou dos passeios que fazia, em especial as idas aos piqueniques.

SIMONE: Assim, saía... com a segunda estudante de Psicologia, com a Letícia, eu ia aos piqueniques com ela. Eles faziam na Redenção, que eram tudo as pessoas que tinham AT que... foi aí que eu conheci a Analice e a Vera. Por sinal, são pessoas maravilhosas, assim. Então todas as pessoas que faziam AT... eu fui com a Letícia, que foi a segunda pessoa estudante de Psicologia que veio aqui, e fui com a Regina e o Vinícius. E eu gostava muito dos piqueniques, sabe? Agora, com as últimas que vieram, com a Maria e com a Michele, eu não saía... saía assim... pela vila, saía, sabe? O Daniel mais é que saía com a Maria, mas eu quase não saía. Com a Taís também eu fazia um trabalho que eu gostava muito que era... elas traziam um livro que era para se colorir. Até, oh:[Mostra algo para a Ana]

PESQUISADORA: Ah!

SIMONE: Aquilo ali são desenhos que ela trazia um livro pra gente colorir e a gente passeava muito por aqui. Saía pra ir fazer lanche, essas coisas. Assim, a gente saía. Mas pra outros lugares, por exemplo, centro, isso eu fazia, assim - não sei se é interessante eu te falar?- quando eu tava na Pensão Nova Vida. Tinha psicólogas lá, que eu conseguia ir ao centro, mas acompanhada, porque eu não vou ao centro sozinha, porque eu tenho pânico. Então a gente ia a alguns lugares, a gente ia ao shopping, eu gosto muito de, assim, de cinema, gosto muito de teatro, sabe? A gente ia à Casa De Cultura; não sei se é interessante falar, quando eu tava na Pensão Nova

¹⁴ Tais afirmações têm como base relatos feitos pelas próprias pessoas e o conhecimento prévio desta pesquisadora sobre a história de alguns participantes da pesquisa (pelo tempo de trabalho junto ao projeto).

Vida, a gente ia à Casa de Cultura Mário Quintana, que eu gosto muito disso. Eu gosto de teatro, de cinema, eu sempre fui muito a cinema.

Neste trecho podemos ver que ela fez uma diferenciação entre o tipo de saídas que fazia no AT, as que se davam pela vila onde mora e as saídas aos piqueniques ou ao centro em espaço culturais da cidade. Ela também relata os programas que gostava quando morava em um residencial terapêutico, que eram idas ao teatro e ao cinema.

Os piqueniques do projeto também foram retratados como importante espaço de lazer, possibilitando o encontro com outras pessoas que têm um at em suas vidas, dar rostos e personalidade para as coordenadoras do projeto e compartilhar uma tarde em um parque ou praça da cidade. É também um momento para encontrar outros ats do projeto, contudo essa dimensão não apareceu nas falas das(os) participantes da pesquisa.

Pondé e Caroso (2003) trazem uma discussão importante sobre a forma como vemos a correlação do lazer com saúde mental. Os autores revisam diferentes pesquisas sobre o lazer na saúde mental, seus efeitos e usos para reabilitação. Os estudos trazem que o lazer é visto como um fator positivo para saúde mental, porém os autores argumentam que, apesar da correlação positiva, não há neles uma resposta para a causalidade desta relação. Eles retomam outros estudos que demonstram que nem todas atividades de lazer contribuem para o bem estar psicológico. Dessa forma, mais do que identificar o lazer como fator positivo, é preciso interrogar o que no lazer traz benefícios para saúde mental. Em sua revisão, dois achados apontam pistas para os fatores relacionados ao lazer que são benéficos: apoio social e sensação de liberdade. Porém, como bem colocam os autores, não podemos entender esses fatores como universais, pois existem vários outros fatores contextuais que precisam ser levados em conta ao analisar os benefícios ou não do lazer. Em sua revisão, concluem que, apesar dos achados, olhar apenas pela via do indivíduo com seus processos psíquicos não é suficiente para a compreensão do fenômeno. É preciso entendê-lo como “emergente da vida cotidiana coletiva e individual (p. 170).

O terceiro fator, que acaba perpassando os anteriores, é a possibilidade da pessoa se deslocar pela cidade mais livremente. No AT é comum ter pessoas que não sabem ou não conseguem se deslocar sozinhas pelas vias urbanas. Gabriela fala sobre isso quando coloca o que o acompanhante terapêutico ensina:

“GABRIELA: O at ensina a...hã... andar sozinha, aprender a andar sozinha nos lugares e aprender a atravessar a rua quando o sinal tá verde, bonequinho verde.”

“GABRIELA: A at a aprender a sair nos lugares sozinha.”

Ela está falando sobre aprender a entender os códigos e condutas sociais na cidade, em que momento se atravessa a rua, qual o caminho que deve seguir para chegar ao destino, seja a

pé ou via transporte público. Sem essa possibilidade de ir e vir por si mesma, a tendência é a vida ficar cada vez mais restrita e dependente. Em outro trecho, Gabriela fala sobre aprender a pegar o ônibus:

“GABRIELA: É...ensinar pegar o ônibus. O at ensina.

PESQUISADORA: Ensina?

GABRIELA: Ensina a sair, a sair sozinha.”

Nos dois trechos Gabriela expressou a dimensão da aprendizagem, “o at ensina”, logo ela se coloca no lugar de quem aprende. Ela também fala sobre sair sozinha como um horizonte de conquista. Sobre essa última questão, cabem algumas observações. Quando a pessoa conta sobre uma conquista de autonomia do AT, como quando vai a um lugar ao qual não ia sozinha, pode acabar expressando essa conquista omitindo o acompanhante terapêutico da situação. “Eu fui sozinha, fiz tal coisa sozinha”. Esse tipo de “lapso” discursivo traz bem uma dimensão paradoxal do trabalho do AT – estar e não estar presente, ou estar presente o suficiente para não precisar mais estar. Esses momentos são de fato conquistas importantes das pessoas. Esse “sozinha(o)” não está mal empregado na fala, pois faz parte de uma conquista pessoal e, mesmo com a presença da(o) at, é a pessoa por si que sustenta a conquista de autonomia. Essa já é uma vivência diferente de quando se sai com pais, familiares, cuidadores ou responsáveis, que tomam a responsabilidade para si de garantir o deslocamento da pessoa. O at não fará o mesmo, não irá alienar a pessoa do processo. O at pode estar disposto inclusive a se perder um pouco no caminho, ou esquecer em qual parada do ônibus descer se isso for importante para este desenvolvimento de autonomia. Muitas vezes essa conquista é aos poucos, primeiro da casa até a parada do ônibus, depois do ônibus até a escola e assim até o trajeto estar completo.

Em pesquisa com usuários de CAPS na cidade de Pesqueira/PE, encontrou-se que a circulação pelo território das pessoas que acessam o serviço passa pelo que a família autoriza, como ir ao CAPS e à igreja, passando o restante do tempo de lazer em casa (BARBOSA, CAPONI e VERDI, 2018). Ressaltam ainda que a comunidade também exerce esse controle, inclusive impossibilitando que os usuários acessem transporte público da cidade, em parte pelo estigma vinculado à loucura. Dessa forma, as pessoas têm sua circulação regulada pela família e pela comunidade, na medida em que se têm locais legítimos e não legítimos para estas pessoas estarem.

As participantes da pesquisa relataram que veem no AT a possibilidade de construir sua autonomia, na medida em que aprendem coisa com suas e seus ats e que podem acessar novos serviços que possibilitem adentrar o mundo do trabalho, como relatado por Camila. Muitas dessas questões dizem de uma falta de acesso a direitos sociais que garanta maiores

possibilidades de vida – como acesso à moradia, ao trabalho, à educação (de qualidade), ao lazer. O AT pode e deve, nessas situações, servir como um articulador da rede para viabilizar o acesso a serviços que possibilitem uma maior assistência.

Contudo, possibilitar o acesso a serviços não é o único trabalho a ser feito diante das situações de vulnerabilidade em que as pessoas se encontram. Ainda que as condições objetivas e exteriores ao sujeito sejam essenciais à construção de autonomia, Jorge et al (2011) apontam a dimensão dos sonhos e do projeto de vida pessoal como um dos pilares para busca da construção de autonomia do usuário, bem como o trabalho sobre suas incapacidades, medos e necessidades, alertando para necessidade de articular a dimensão subjetiva do sujeito no combate às vulnerabilidades. Nesse sentido, para poder auxiliar os acompanhados a construir sua autonomia - além de possibilitar acessos à serviços, projetos e buscar condições para garantir direitos sociais -, é necessário trabalhar essas dimensões costuradas com o desejo da pessoa.

2. UM AT PARA CHAMAR DE MEU: O QUE ESTÁ EM JOGO NO PROCESSO DE ACOMPANHAR E SER ACOMPANHADO

Neste tema estão agrupados os enunciados que caracterizam o trabalho do AT feito com as(os) participantes desta pesquisa em seu formato, dinâmica, elementos e características. As categorias presentes neste tema são: 1) diferença do AT para outros atendimentos e para outras pessoas, 2) relação entre acompanhante e acompanhado, 3) a troca/saída do acompanhante terapêutico, 4) acesso ao acompanhamento terapêutico, 5) preconceito de classe, 6) função do AT na rede de cuidado. Organizamos a discussão em três subtemas: 1) Acesso ao AT em meio às articulações de rede, 2) Despedidas de ats e seus significados, 3) O que caracteriza a relação entre acompanhante e acompanhado e 4) AT onde? Colocando o contexto em questão.

2.1. Acesso ao AT em meio às articulações de rede

Nenhum dos participantes da pesquisa conhecia ou tinha ouvido falar sobre AT antes de o fazerem. O acesso ao AT se deu a partir da iniciativa de profissionais que os acompanhavam. Ou seja, foi necessário que profissionais da rede conhecessem o trabalho do AT e acreditassem que seria interessante para a pessoa, para, então, buscar uma forma de possibilitar esse acesso. Como o ATnaRede é um projeto universitário, apesar de compor com os serviços da rede há mais de 20 anos, ele não faz parte da rede pública de saúde mental e assistência. Dessa forma, é necessário que os integrantes da rede conheçam o projeto para buscar essa articulação. No trecho abaixo, Camila relata como foi esse processo para ela:

“CAMILA: Hein, ô Ana, eu agradeço muito a S. e a L., sabe? Por terem conseguido o at pra mim.

CAMILA: Hein, Ana, tu conhece a S.?

PESQUISADORA: Não conheço a S.. Quem é a S.?

CAMILA: Não conhece? É a assistente social da Secretaria da Saúde.

PESQUISADORA: Um. E ela te...

CAMILA: Me conseguiu o AT.”

No caso da Camila o acesso ao AT precisou ser articulado por uma profissional da gestão da secretaria da saúde. Não fica explicitado em sua fala se foi porque os profissionais de referência não conheciam o AT ou o projeto, ou se ela não estava vinculada à rede de assistência e saúde mental (redes com que o projeto costuma ter mais articulação) para poder ser encaminhada. Em busca por resposta a essa questão, as coordenadoras do projeto me relataram que Camila vinha de um histórico de internações, onde foi submetida a graves violências, e estava internada em uma clínica geriátrica (ILP) por determinação judicial de que a prefeitura

de Porto Alegre se encarregasse de arcar com os custos de uma instituição privada até que pudesse prover-lhe uma vaga em instituição pública adequada. Essa situação foi acompanhada pela área técnica de saúde mental da prefeitura, que fez a solicitação de um AT para Camila. O relato de Camila e a contextualização de sua situação explicitam a intermediação de profissionais para o acesso ao AT, ao menos na experiência das(os) participantes desta pesquisa.

No mesmo sentido, as(os) participantes relataram que não conheciam o AT antes de serem encaminhados ao projeto. Não houve relatos nesta pesquisa da pessoa ver algum conhecido fazendo AT e se interessar ou pedir para ter um at também. Todas as pessoas que participaram da pesquisa descobriram o que era AT quando começaram o acompanhamento. Neste trecho, Simone relata como foi o processo de entender o que era esse trabalho:

“PESQUISADORA: E quando propuseram o AT, lá na primeira vez que te propuseram AT, o que você imaginou que ia acontecer?”

SIMONE: A princípio eu não imaginei, porque nunca tinha AT, nunca tinha tido.

PESQUISADORA: Uhum

SIMONE: Não sabia quando me propuseram, foi lá... foi a doutora Patrícia que encaminhou, eu não sabia...

PESQUISADORA: Uhum

SIMONE: ... nunca tinha tido (...) não sabia, quer dizer, mais ou menos eu... dizer que não sabia; claro que eu tinha uma ideia. Tá dizendo assistente terapêutico, é terapia, né?

PESQUISADORA: Uhum

SIMONE: É tipo uma terapia, claro que não num consultório, né, que tu fica muito tempo só falando o que tu tem. Mais ou menos eu sabia o que era, mas achar que iam solucionar todos meus problemas, isso não..”

Simone diz que imaginava o que seria o AT pelo nome, pois, se tem “terapêutico”, significa que deve ser algum tipo de terapia. Porém, acrescenta que é um pouco diferente, pois não é feita em consultório. Nesse momento de sua fala, troca a palavra *acompanhante* por *assistente*, o que não ocorre em outros momentos ao longo da entrevista. Interessante que ela utiliza essa expressão, “assistente terapêutico”, para dizer de alguém que vai auxiliá-la terapeuticamente. Quando fala sobre como vê o AT, coloca que é como uma ajuda para lidar com seus problemas e suas angústias, uma função que parece próxima da que enuncia com a expressão “assistente terapêutico”.

2.2. Despedidas de acompanhantes terapêuticos(os) e seus significados

As(os) participantes que estavam em acompanhamento há mais de um ano junto ao projeto ATnaRede relataram suas vivências no processo de troca de ats. Esse processo foi vivido com dificuldade por alguns dos participantes, enquanto outros consideraram como uma possibilidade de viver e conversar sobre suas questões de outra forma. Um dos pontos mais

relatados sobre essa troca foi quanto a sentir falta da(o) at que está saindo ou que acabou de sair. Alguns participantes consideraram ainda que a saída das pessoas que fazem AT acontece muito rápido, que quando se conhece e cria intimidade já estaria na hora de se despedir. Na primeira roda, a única participante que ainda não havia passado por uma troca de ats era Camila. Contudo, essa situação chegaria em um futuro próximo: no mês seguinte ao encontro da roda. Ela relatou que estava fazendo planos de um passeio com sua at para o último encontro da dupla e que iria sentir sua falta:

“CAMILA: E a Raquel vai se formar no final, no final... hã e a Raquel vai se formar agora, no meio do ano.

PESQUISADORA: Hum. E como vai ser isso, daí?

CAMILA: Ah, daí eu não sei. Eu vou sentir muito a falta dela. Vou sentir muita falta da Raquel.”

Nesse trecho Camila também expressou a dimensão de desconhecido que marca esse momento porvir. Estava para conhecer uma nova pessoa e não tinha como saber de antemão como seria, se iria gostar, se essa pessoa teria características que aprecia e se seria parecido ou diferente do que experimentou na primeira experiência de AT.

Em outro trecho Gabriela falou sobre como sente que o processo de troca de at acontece “ligeiro” e que por isso ela sente falta da pessoa que saiu:

“PESQUISADORA: E é ligeiro, isso?

GABRIELA: É, daí a gente sente falta.”

Além do relato de saudade frente à despedida de um at, para alguns participantes, saber que existe uma data determinada (externamente) para o encerramento do AT pode ser ansiogênico.

“SIMONE: Inclusive, quando os acompanhantes... quando eles dizem: não, agora vai acabar o tempo, não sei como... o Daniel que é terapeuta ocupacional e a Raquel que é psicóloga, ah, em janeiro a gente vai embora. Então a gente já sente a falta. A gente já sente a falta por antecipação, deles. Entende? Quando eles não vêm nas segundas - agora eles vêm nas segundas-feiras - a cada segunda que eles não vêm a gente sente falta. Sente falta da conversa, de várias coisas, assim, a gente sente falta. Então, quando eles dizem que vai acabar a residência ou, não sei como chama-se corretamente, a gente sente falta por antecipação dessas pessoas que vêm aqui, desde que a gente tem esse acompanhamento terapêutico.”

Simone relacionou o modo como reagia ao futuro encerramento do acompanhamento com seus ats (ela era acompanhada por uma dupla de ats) com a falta que sentia nos dias de encontro em que, por algum motivo, eles não podiam comparecer. Também contou que esse sentimento acontecia desde o primeiro acompanhamento.

Em outro sentido, a troca do at pode ser experienciada como algo positivo. Os participantes também relataram que, com a troca de quem as(os) acompanham, a dinâmica do AT mudava um pouco. Diaco associou essas mudanças às características pessoais das(os) ats:

PESQUISADORA: E pra ti, como é que foi, Diaco, quando trocou a pessoa que fazia at contigo?

DIACO: É sempre diferente, né.

PESQUISADORA: Uhum.

DIACO: O estilo da pessoa. Mas é, como é que vou dizer?... (inaudível 50:56) o... estilo da pessoa.

PESQUISADORA: Humm. E o que acontece com o estilo da pessoa sendo diferente?

DIACO: muda... muda alguma coisa.

Nesse relato de Diaco, já não vemos um caráter negativo associado à mudança, seja da pessoa ou da dinâmica do acompanhamento. Laila também falou sobre as mudanças no acompanhamento quando uma nova pessoa começou a acompanhá-la:

LAILA: Quando muda a pessoa fica legal (...) que a pessoa conversa mais, fica mais importante. (...) Não é as mesmas palavras que a gente fala.

PESQUISADORA: Ah, tu fala coisas diferentes quando...

LAILA: É...

PESQUISADORA: Ou de outros jeitos diferentes?

LAILA: Ahã."

Em outro trecho ela retomou e complementou o relato de que, com a mudança de quem acompanha, a conversa fica diferente e as palavras também:

"LAILA: Não é a mesma conversa que a gente conversa sempre. Não é as mesma palavra que a gente fala.

PESQUISADORA: Uhum.

LAILA: É outras aí, né? Pergunto como é que tá."

Com estes relatos, Laila e Diaco apontaram para as singularidades do encontro entre acompanhante e acompanhado. Cada reinício de acompanhamento, junto de um(a) acompanhante novo(a), traz elementos novos e oportunidades de ressignificar narrativas e ainda acessar relatos novos sobre si e sua história. Especialmente nesse processo de poder dizer coisas e palavras diferentes, as perguntas e intervenções da(o) acompanhante nesse diálogo funcionam como mediadores dos caminhos que a pessoa trilha ao falar de si.

Laila ainda expressou que gostou dessa experiência, pois pôde contar as coisas diferentes e se sentiu mais importante nesse processo. O início do AT é um momento de acompanhante e acompanhado se conhecerem, contarem um pouco de si e reconstruir a dinâmica do trabalho. Por mais que a(o) at anterior passe o caso, conte as histórias e transmita suas interpretações e indicações para quem está assumindo o acompanhamento, essa

contextualização, que é importante, não substitui o ouvir “em primeira mão” o que a pessoa acompanhada tem para constar de si e de sua história.

Nesse momento de apresentações, a pessoa tem a oportunidade de recontar suas questões e, ao fazê-lo, pode percorrer os caminhos de sua história agora em nova companhia. O fato de que o novo é, em um primeiro momento, a ou o at que se apresenta coloca em cena a dimensão do testemunho. Esse elemento pode ser o que Laila indicou ao falar que “fica mais importante”, pois mais pessoas sabem a seu respeito e fazem parte de sua rede afetiva.

A prevalência de relatos sobre sentir falta ou saudade de quem as(os) acompanhava aponta para a necessidade de elaboração desta despedida. Durante a roda aproveitei para perguntar o que as(o) acompanhados acreditavam que poderia ser feito para resolver a sensação de falta da(o) at que saiu:

“PESQUISADORA: Sente falta dos teus at? Quem é que já foi teu at?”

GABRIELA: A Maria e a Livia e os outros, e o Eduardo e os outros.

PESQUISADORA: Pra ti, tu acha que poderia ser como, então? Como é que daria pra resolver isso?”

GABRIELA: Hã...conversando. (...) com o at que não sai sobre que eles tão saindo.”

Nesse ponto da conversa, esperava ouvir das(os) participantes da pesquisa que gostariam que quem acompanha não tivesse que sair, que pudessem seguir mais um tempo com o acompanhamento. Enquanto eu perguntava por soluções que resolveriam essa situação, Gabriela apresentou uma forma de lidar com algo cujo desfecho não estava sob seu controle. Gabriela era acompanhada por uma dupla de ats, em que cada acompanhante entre e sai em tempos diferentes. Uma pessoa da dupla trocava no começo e outra na metade do ano; assim, sempre que um(a) at estava se despedindo, a(o) outro(a) continuava. Dessa forma, ela tinha a possibilidade de suporte e acolhimento de quem fica para ajudá-la a lidar com a saída de quem encerrou o estágio/residência.

Contudo, essa estratégia possibilita tal suporte mas também encurta o tempo entre as despedidas, que, em vez de ocorrerem a cada ano, passam a se dar a cada seis meses. Esse encurtamento do tempo entre as despedidas pode se relacionar com a fala anterior de Gabriela de que as(os) ats saem “ligeiro”.

Por fim, as(os) participantes da pesquisa foram questionadas(os) sobre quais eram suas expectativas para o AT com novas(os) acompanhantes. Disseram esperar que fosse positivo, que a nova pessoa fosse “legal”, que pudesse vir mais vezes na semana e também que mantivesse características que apreciavam na pessoa que as acompanhava e estava saindo. Este último desejo foi relatado por Camila ao dizer que gostaria que a nova at fosse paciente - o

que, em outro momento da conversa, disse ser uma característica da Raquel, a at de quem estava próxima de se despedir:

“CAMILA: Daí agora eu, daí agora eu vou começar com a at nova, agora.

PESQUISADORA: Hum. E como é será que vai ser isso, começar com uma at nova?

CAMILA: Ah, daí eu não sei; ela vai me deixar, aqui, ela vai deixar, né? Daí vai vim at nova. Em agosto vai vir a at nova.

PESQUISADORA: Uhum. E tu não sabe quem vai ser?

CAMILA: Vai ser uma guria, mas eu não sei qual o nome dela.

PESQUISADORA: Uhum. Uma pessoa diferente?

CAMILA: É. Uma pessoa diferente.

PESQUISADORA: É? E como é que será que vai ser com uma pessoa diferente?

CAMILA: Ah, daí eu não sei, daí. Tomara que seja pacienciosa comigo.

A partir dos relatos das participantes da pesquisa sobre a dificuldade de lidar com a saída das pessoas que as acompanham, podemos pensar que, em alguns casos, essa temporalidade de saída de ats alinhada com a organização do trabalho por estágios, residências e extensão possa assumir um caráter iatrogênico para as pessoas acompanhadas pelo projeto. A saída/troca de ats não parece ser bem elaborada para alguns dos participantes dessa pesquisa, que não teriam o tempo devido para essa despedida ou ainda gostariam de não ter que se deparar com tal despedida no horizonte durante o acompanhamento. Entretanto, esse relato não é compartilhado por todos os participantes da pesquisa. Há pessoas que relatam que mudar poder ser “legal” e veem esse novo início como uma forma de poder recontar e resignificar sua história. Essas diferenças de relatos de como se experiência a troca de at aponta para formas de diferentes do posicionamento dos sujeitos frente e esse trabalho.

Nas situações em que a pessoa acompanhada não vê a saída de um(a) at como uma perda ou abandono e consegue narrativizar a saída de um at, colocar um sentido, esse processo parece ser elaborado de uma forma menos prejudicial (falta vira saudade sem ser deletéria). As falas de dificuldade com as trocas de ats são de pessoas que uma está em acolhimento institucional e outra que relata se sentir muito sozinha e sem ter com quem conversar. As trocas de ats são particularmente desafiadora nos casos em que a pessoa acompanhada vive situações de abandono em sua vida.

O relato de Gabriela sobre o impacto vivenciada pelas situações de despedida aponta para a necessidade de um cuidado especial para situações de acolhimento institucional. Estar em Acolhimento Institucional exige uma elaboração da saída do meio familiar e o novo contexto, que muitas vezes é marcado por descontinuidades das pessoas de referência destas crianças e adolescentes. Esse desafio não recai apenas sobre o projeto de AT, mas também

sobre os serviços na medida em que lidam com rotatividade de quadros de funcionários e técnicos.

2.3. O que caracteriza relação entre acompanhante e acompanhado

Os participantes desta pesquisa qualificaram a relação entre acompanhante e acompanhado como uma relação de amizade e confiança. A pessoa que acompanha foi retratada como “querida” e “paciente”. As participantes da pesquisa expressaram que as diferenças entre as pessoas que as(os) acompanham pode acarretar em um maior ou menor vínculo entre acompanhante e acompanhado. Também relatam diferenças da(o) at para outras pessoas em suas vidas e outros atendimentos em saúde mental que experienciaram. Ao longo da pesquisa, os participantes sugeriram que, diferente de outras pessoas próximas, a(o) at teria maior possibilidade de “entender melhor a pessoa por estar de fora da situação”. Também relatam que, diferente de outros atendimentos já experienciados, no AT é possível se sentir como alguém, é possível ter uma relação que poderíamos chamar de humanizada. Relatam ainda como a(o) at pode ajudar a pensar sobre os problemas de suas vidas e como são pessoas com as quais se pode falar (desabafar) sem medo de que contem para outras pessoas ou façam fofoca. Um dos pontos mais destacados foi a relação de confiança com a(o) at:

GABRIELA: Conversar com o at, não falar por aí da tua vida. Daí não tá ajudando. Falar, fazer fofoca pros outros, se os outros não têm que, não sabe se eles vão ajudar. Tem que falar só em segredo com o at. Não tem que pra, pra Deus e o mundo o que tá acontecendo. Não vão ajudar, só vão atrapalhar.

PESQUISADORA: Uhum. E já aconteceu alguma coisa assim contigo?

GABRIELA: Eu já falei da minha vida pros outros e os outros saíram falando por aí.

PESQUISADORA: Isso no at?

GABRIELA: Não. Eu to falando sobre as outras pessoas.

PESQUISADORA: As outras pessoas? Entendi.(...) vocês também sentem isso que a Gabriela ta falando no AT? Que dá pra conversar e desabafar?

GABRIELA: As outra pessoa. Só conversar com o at. O at ajuda, os outros não. Que a gente não sabe o que tá acontecendo na minha vida. Só conversar, só explicar pro at; o at ajuda.”

Ainda, a possibilidade de livre expressão no contexto do AT foi destacada como uma característica da relação, devido ao acordo de confidencialidade estabelecido no AT, podendo “ficar tranquila que essa pessoa não vai sair contando para os outros”. Gabriela fez uma diferenciação entre o at e as pessoas com quem convive, julgando que as pessoas de sua convivência, por não operarem sob as mesmas normas de confidencialidade, “fazem fofoca” do que ela fala, gerando prejuízos em suas relações. A partir desta comparação, destaca-se que no

AT foi possível encontrar alguém com disposição para ouvi-la e ajudá-la em suas questões, sem julgamentos e outros prejuízos.

Outro ponto de diferenciação da relação com a(o) at para outras pessoas e a capacidade que quem acompanha tem de entender e ouvir sem criticar:

“SIMONE: Eu, não sei, posso te dizer que a função de um at é... sabe? de tentar melhorar tua vida, sabe, num sei se é por aí, sabe? Mas pelo menos, pelo menos te ouvir, sabe? (...) que as pessoas pararem pra te ouvir, coisa que hoje em dia as pessoas não têm tempo pra te ouvir, sabe? Tu vai falar, as pessoas já começam a te criticar, elas começam a te criticar. Elas não chegam a te ouvir, elas te criticam, sabe?”

PESQUISADORA: Uhum

SIMONE: Elas te criticam, elas não param pra te ouvir. Elas vão te criticar, sabe? E eu acho que um at tem essa possibilidade... existe essa possibilidade do at te ouvir. Isso é muito importante, sabe?”

Simone colocou que não via as pessoas de modo geral conseguindo ouvir sem fazer um julgamento sobre o que ela falava, impossibilitando a escuta (genuína) do que dizia. Sugeriu ainda que a possibilidade de a(o) at ouvir e entender melhor do que as pessoas com quem convivia cotidianamente acontecia pelo at ser alguém externo às situações de conflito:

“SIMONE: Nesse ponto, eu acho bem melhor, sabe? Pessoas que estão convivendo diariamente contigo, sabe? Que às vezes não tem entendimento porque estão vivendo contigo, elas estão te observando, elas estão te analisando, elas estão te criticando, muitas vezes elas te criticam, sabe? Por que não, sabe, e uma pessoa que vem de fora, sabe? Não por ela ter formação acadêmica, mas talvez elas possam te compreender mais... que elas estão de fora, sabe? É como eu te disse, aquele ditado que santo de casa não faz milagre. Eu mesma passo por isso aqui dentro, sabe? Porque eu sou criticada, porque tudo isso...”

Conforme Simone, “estar de fora” da situação é o que permitia ao at ouvi-la sem criticar. E ponderou que esse fato pode ser mais importante para a escuta do que a formação acadêmica de quem acompanha. Essa é uma colocação interessante, pois muitas vezes o at está na cena, inclusive pode acompanhar situações de desentendimentos entre a pessoa acompanhada e seus familiares, mas estar presente no cotidiano não o faz “de casa”.

Vemos nestes diferentes relatos dos participantes da pesquisa sobre o que gostam na pessoa que as acompanha, que é diferente das outras pessoas em sua vida, é uma disponibilidade de acolher (ouvir sem julgar). Tanto nos relatos sobre fofocas quanto nos relatos sobre críticas sofridas por familiares, pessoas do entorno das(os) acompanhadas(os) foram colocadas, pela fala dos participantes da pesquisa, em uma posição de não escuta e não acolhimento. São colocadas como pessoas que não ajudam, ao contrário, pioram a situação (ao fazerem fofocas ou críticas).

Em situações de psicoterapia ou atendimentos em consultórios ou em serviços de saúde, o trabalho tem como base a narrativa que a pessoa faz da sua história e de seus conflitos. No AT, mesmo que esse exercício aconteça com frequência, a pessoa que acompanha se vê (e está)

inserida em ato, no momento do AT, no cotidiano de quem é acompanhado. Tal enquadre guarda uma particularidade importante frente aos atendimentos no contexto mais "protegido" dos serviços: a(o) at está na situação, está em cena. Em tese, os serviços substitutivos compartilham desse enquadre, na medida em que também são convocados a atuar no território, seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica. Ao acessar o território e o cotidiano dos usuários, esses profissionais também experienciam o "desabrigo" que é estar fora dos equipamentos de saúde. Essa convocação a atuar em ato não é algo apenas da ordem de pensar com a pessoa sobre as situações que vive; é *estar com* a pessoa nestas situações. É ter seu corpo exposto em maior intensidade também, seja às interações que possam existir na rua, seja às interações comunitárias e familiares.

Deste modo, o AT pode ser considerado um "estar fora" estando dentro, por trazer uma perspectiva de fora do conflito (ou de fora do funcionamento familiar) mas implicada com a situação, podendo exercer uma atitude diferente diante do conflito colocado. A presença do AT pode produzir uma descontinuidade nas regras com que operam as relações estabelecidas, como no caso de Simone, vivenciando a sensação de ser criticada pelas pessoas com quem convive e identificando no at alguém que não se alia a essa posição familiar de reprodução de comentários negativos de forma continuada.

Como lembra Mendonça (2017), para poder intervir em ato é preciso antes passar por uma ambientação, por uma imersão na situação, e submeter-se a certos funcionamentos familiares, mesmo que disfuncionais, para não se tornar tão estrangeiro e possivelmente persecutório para quem se acompanha. Tal postura pode significar em certa medida "sucumbir" junto da pessoa à situação que a aflige (ao seu cotidiano). Pode ter de suportar o tédio de ver sempre o mesmo programa de TV até poder sugerir algo diferente, ou se sentir impotente como a pessoa a quem acompanha perante mandos e desmandos familiares (ou institucionais).

Também apareceram relatos comparando as diferenças entre acompanhantes terapêuticos, seja nas situações em que o acompanhamento foi realizado em equipe (por dois ats), seja quando um(a) ats sucede a outro(a). Na comparação entre ats de diferentes períodos, as diferenças relatadas remetem à postura mais comunicativa ou mais silenciosa. Na comparação entre ats que trabalham juntos, as diferenças relatadas dizem respeito ao vínculo que a pessoa acompanhada desenvolveu com cada at da dupla. Um dos relatos que demonstra essa comparação entre ats a partir do vínculo estabelecido com eles foi apresentado por Simone:

"SIMONE: Apesar de que ele tá fazendo pós-graduação em Saúde Mental, mas ele ouve coisas de mim; ele tá estudando a saúde mental, né, ele ouve coisas de mim, sabe, estou dizendo, mais que a Bianca, que é psicóloga. Eu falo mais com ele que com a Bianca."

Neste relato, Simone ponderou sobre a relação desenvolvida com cada um dos seus ats à época (vinculados ao serviço de saúde que a acompanhava - e não ao projeto ATnaRede¹⁵). Ainda, Simone enfatizou que conversava e compartilhava mais relatos de sua vida justamente com o at sem formação em Psicologia, como se esperasse que fosse ser ao contrário - ter uma relação de maior proximidade e confidencialidade com ats com formação em Psicologia.

Simone aponta o fato de que o vínculo que se estabelece se deu menos pela formação técnica dos profissionais que a acompanhavam do que outras questões que se colocavam em jogo na relação de transferência. A competência para a escuta singular do sujeito, aprofundada na formação em Psicologia com o aprendizado de ferramentas para tal, não garante a construção de vínculo entre acompanhante e acompanhada. Simone não relatou o que poderiam ser as questões em jogo para a afinidade que ela afirma (tanto que ela estranha o fato). Porém, ao narrar sobre o início desse novo acompanhamento vinculado à Equipe de Saúde Mental¹⁶, relatou que pediu a sua psiquiatra para que uma das pessoas que a acompanhasse fosse um terapeuta ocupacional. Com esse pedido, Simone coloca algo do seu desejo na cena do AT. Dessa forma, quando esse residente de fato chega, já está enlaçado na trama de desejo de Simone. Ter o desejo implicado em uma situação é um grande elemento para construção de vínculo e de possibilidade terapêutica. No caso de Simone foi, a formação acadêmica da pessoa que a acompanha quem enlaçou seu desejo, mas poderia ser um gosto musical, uma atividade de lazer que compartilhassem, um jeito ou maneirismo da pessoa, inclusive uma projeção de alguém importante (no sentido bom e ruim) na vida da pessoa acompanhada. As características pessoais (gostos, personalidade, postura), muitas vezes, contam mais para a o estabelecimento do vínculo do que a formação profissional de nível superior correspondente à profissão exercida.

Este relato suscita uma reflexão e diálogo com outros autores que cabe desenvolver aqui. Ele dialoga com as discussões presentes na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a) sobre equipe e técnicos de referência na rede de atenção à saúde, a qual orienta que as pessoas que compõe a equipe de referência (ou o técnico de referência), independentemente da formação ou trabalho que exerce no serviço, devem ser profissionais que tenham um bom vínculo com a(o) usuária(o). Esse dispositivo é proposto para a humanização do trabalho em saúde e tem como pressuposto que as relações que o usuário estabelece com os diferentes

¹⁵ Embora este relato diga respeito ao acompanhamento que sucedeu ao do projeto, feito então por residentes vinculados ao serviço de referência da participante, o conteúdo se mostra relevante para a presente pesquisa e diz de uma situação passível de se vivenciar no projeto ATnaRede.

¹⁶ Na entrevista, Simone se equivocou e chamou a Equipe de Saúde Mental de Equipe de Saúde da Família.

profissionais da rede não são homogêneas. Seu objetivo é colocar o usuário no centro do processo de atenção, implicando os profissionais nesse cuidado. Ao se valer da maior afinidade que o usuário possui com alguns profissionais, colocando-os à frente do cuidado desta pessoa, permite potencializar as possibilidades de auxílio aos processos de saúde (BRASIL, 2007).

Ao pensar os especialismos no trabalho em saúde, Ceccim (2008) propõe orientar o trabalho da equipe de saúde em uma ética *entre-disciplinar*, um entre-lugar entre as disciplinas (com seus fazeres e saberes) e os saberes que são estrangeiros a cada uma delas. Uma zona de passagem, de indeterminação, de travessia, onde as(os) profissionais devem sustentar um corpus da equipe de saúde de práticas inventivas e não circunscritas às profissões e teorias. Dessa forma, a construção da estratégia de cuidado não só deve levar em conta o vínculo da pessoa com os profissionais que a acompanham, mas também estes profissionais devem atuar de forma a sair da circunscrição disciplinar de sua formação individual para poder intervir de forma a considerar a integralidade do sujeito, articulando os saberes compartilhados pelos colegas de equipe. Com essa reflexão, Ceccim (2008) constrói e analisa uma proposta para pensar a transição de um fazer corporativo-centrado para um fazer usuário-centrado, no qual as margens profissionais, embora existam, borram-se na intervenção e na prática de cuidado.

Merhy (2002) coloca que, na equipe de saúde, as profissões, dependendo da demanda terapêutica do usuário, devem exercer um papel de protagonismo no cuidado (por suas práticas profissionais responderem com mais eficácia à demanda apresentada), mas alerta que isso não deve criar uma relação hierarquizada entre as profissões e os saberes dentro da equipe. Transpondo essa discussão para o AT, acompanhantes terapêuticos de formações de base distintas têm arcabouços teóricos distintos e habilidades diversas que podem ser mais apropriadas para certas demandas e não para outras. Ao mesmo tempo, a situação do AT pode demandar que quem acompanha acesse recursos que não estão circunscritos à sua disciplina. Seguindo a proposta de Campos (2000), sobre a interlocução entre campo e núcleo, ainda que um(a) at pertença a um determinado núcleo por sua formação de base, no campo de trabalho deve-se utilizar de ferramentas que não vêm da sua disciplina para responder às demandas deste campo.

A discussão aponta para a importância da dimensão humana e relacional da atenção em saúde (para além da técnica). A formação acadêmica de cada profissional forma habilidade, técnicas e olhares que certamente contribuem para construir um olhar plural e interdisciplinar para a atenção em saúde. Contudo, a atenção não pode se restringir às questões concernentes apenas à técnica, sob o risco de negligenciar o sujeito em sua complexidade e humanidade, bem como suas demandas singulares.

No contexto brasileiro do AT, a formação de base entra como uma ferramenta e um suporte para a prática, mas a prática do AT não se restringe à formação de base. Em outros países, com a Argentina, a prática do AT foi regulamentada enquanto uma formação técnica com curso técnico profissionalizante específico. Essas escolhas, marcadas pelas especificidades da política de saúde mental em cada país, criam condições de possibilidade distintas para o desenvolvimento do AT. A escolha brasileira, distinta da escolha argentina, foi de compreender o AT majoritariamente como uma função, que pode ser desenvolvida por diferentes profissionais, seja de ensino superior, graduandos em formação e também por trabalhadores de nível médio e básico das redes de atenção psicossocial. O que sustenta a escolha brasileira é a aposta na potência que a multiplicidade de formações e disciplinas imprime ao campo de saberes e de práticas do AT. Tal proposta deve ser pensada, no território brasileiro, em sua relação às políticas públicas de saúde mental produzidas no contexto do SUS. Desde a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o trabalho do AT vem sendo uma ferramenta para o cuidado em liberdade e no território.

Até hoje o AT é utilizado para acompanhar internações em saúde mental (na rede pública e privada) e assistir esse cuidado intensivo, podendo estar a serviço tanto de uma lógica manicomial quanto de uma lógica de desinstitucionalização, a depender da ética que orienta o trabalho. Contudo, atualmente, o campo de maior atuação do AT é junto ao território, junto ao cotidiano de vida das pessoas, em articulação com a os serviços da rede pública. Essa relação com o SUS e mais recentemente com o SUAS, mas também com as outras políticas como educação e justiça, incide sobre a forma de se pensar o trabalho do AT no país.

A prática do AT também guarda semelhanças com outras práticas de cuidado no âmbito do SUS. Sua perspectiva transdisciplinar e o caráter cotidiano e territorial aproximam o AT do trabalho de agentes comunitários de saúde e de redutores de danos - ambos sem exigência de formação técnica ou superior específica e orientados para trabalho no território (LEMKE e SILVA, 2013). A aproximação entre esses dispositivos não desconsidera as especificidades institucionais e objetivos de cada um destes trabalhos, mas demonstra como as práticas de cuidado itinerantes, inseridas no cotidiano das pessoas, vêm sendo utilizada no país.

Ao mesmo tempo em que as políticas de saúde mental e o SUS influenciam e transformam o trabalho do AT, este também tem a potência de transformar e orientar as práticas dos profissionais dos serviços da rede de saúde mental. Palombini (2018) relata a experiência

vivida pela equipe do CAIS Mental Centro de Porto Alegre¹⁷ que, durante a implementação do plano de saúde mental para a cidade, na década de 90, encontra na primeira publicação brasileira sobre AT “A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico” (EQUIPE, 1991), uma teorização que possibilitou dar contorno e nomear as práticas inventivas que os profissionais estavam experimentando na configuração de um cuidado em saúde mental no território, incluindo o cuidado da população em situação de rua..

Contudo, da mesma forma que o AT é um dispositivo inventivo e potente no contexto da reforma psiquiátrica, ele pode ser um dispositivo de controle, sendo os “olhos” que faltavam à instituição para saber o que acontece na vida da pessoa fora do serviço e poder ter acesso a uma nova incidência de intervenção e controle. Palombini e Pasini (2017) falam sobre situações em que o AT é testemunha de uma rede que cerca e sufoca o sujeito em meio às suas tramas e que por vezes convoca o AT a ocupar esse lugar de extensão do olhar do serviço, prolongando o controle exercido por essa rede para dentro da casa da pessoa e para seu cotidiano. O AT é convocado a ajudar a limpar a casa, a monitorar se a pessoa está tomando os medicamentos da forma prescrita, a conferir os comportamentos que a rede supõe que a pessoa tenha. As autoras propõem o termo “usuário cercado” como uma imagem para pensar essa rede que sufoca o usuário e o perde em meio às demandas institucionais. A consequência é um cuidado que ignora os desejos do sujeito e o deixa fora da construção do seu próprio plano de cuidado.

Para o AT poder exercer uma diferença frente às posturas de controle, deve-se orientar o trabalho dentro de uma ética de liberdade e autonomia do sujeito, balizando suas ações no desejo do próprio sujeito. Autores como Mendonça (2017) apontam que, mesmo que os ats tenham diferentes formações de base, é importante uma formação e supervisão específicas na clínica do AT, considerando as especificidades inerentes ao dispositivo. Quando pensamos na necessidade de atuação junto a uma rede de serviços que nem sempre está orientada para o enlace do desejo dos sujeitos que acompanham, ter um espaço para reflexão da prática do AT se torna ainda mais importante.

Voltando à análise dos relatos, no que se refere à relação estabelecida entre acompanhante e acompanhada(o), além do apontamento quanto às diferenças dos acompanhantes terapêuticos entre si, também foi mencionada a diferença que existe do AT para outros dispositivos de saúde mental. Esse ponto não diz diretamente sobre a pessoa que acompanha, mas sobre a diferença no tipo de relação a que o AT deu início no seu cotidiano

¹⁷ Chamado à época Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Mental, que depois, com a implementação da RAPS, veio a se tornar CAPS CAIS Mental Centro.

comparativamente ao tipo de relação estabelecida no serviço de saúde mental. No caso, foi Camila quem relatou a diferença de experiência que tivera em instituições de internação psiquiátrica para a experiência que passou a ter com o AT:

“PESQUISADORA: Como é que era antes do AT?”

CAMILA: Ah, antes, antes eu era muito maltratada. Agora, agora, agora dá pra confiar, né? Contar as coisa, tudo mais. Eu era maltratada nas clínica, sabe?”

“CAMILA: Passei por várias clínicas psiquiátricas. Sem o AT... antes, sem o AT, sabe Ana, eu estava nas clínicas, eu não era ninguém, agora to tentando um passo a passo agora.”

Camila relatou não ter sido bem cuidada nas clínicas psiquiátricas por onde passou, definindo a experiência como uma violência (“era muito maltratada”) que a fazia “se sentir ninguém”, vivenciar uma despersonalização. Hoje, apesar de continuar morando em uma ILP, Camila relata que tem uma relação de confiança a partir do AT e que está construindo seu caminho, em busca de maior autonomia. Interessante observar que, nestes dois trechos do relato de Camila ela coloca o dispositivo do AT, e não a pessoa que a acompanha, como índice de diferença com respeito às experiência que já teve de internação e asilamento.

Ainda sobre a relação estabelecida no AT, as(os) participantes referiram momentos marcantes que viveram com seus acompanhantes terapêuticos. Relatam situações nas quais a(o) at propôs passeios diferentes para fazerem juntos – como ir a exposição de fotos e fazer um passeio de barco. Também relatam momentos difíceis que passaram, em que a(o) at lhes auxiliou, como ficar em pânico no supermercado ou passar mal em um parque de diversões. Momentos dentro de casa também foram importantes, como receber um presente da at quando esta volta de uma viagem, colorir desenhos na companhia da at ou ter o at auxiliando a arrumar a casa.

Já na entrevista com Simone, a impossibilidade de uma presença maior dos ats no seu cotidiano foi colocada como um limite das possibilidades das pessoas que a acompanham:

“SIMONE: É como o Daniel e agora a Raquel falaram: a gente não pode estar todas segundas... todo dia aqui com vocês, né? Não é por aí, não. Não podem estar todo dia aqui com nós. Eles vem uma vez por semana. É o tempo que é disponível a eles, né.”

Na mesma entrevista com Simone, de forma geral não está tão presente essa avaliação sobre o trabalho do AT ligada à pessoa do acompanhante terapêutico. Existe uma maior atribuição e referência ao dispositivo do AT O que aparece, contudo, é uma diferenciação entre a possibilidade de ser compreendida pela(o) at, a depender dos marcadores sociais referidos à pessoa que a acompanha, dizendo respeito à capacidade ou não dessa pessoa exercer o trabalho relativamente à sua origem social. A questão se apresenta pela negação, mas, como se repete em duas vezes distintas na argumentação da entrevistada, parece-nos um ponto a analisar:

“SIMONE: Porque não é a mesma coisa de tu ter, por exemplo, tenho o Roberto perto, que é meu curador, tem meu irmão que tem pouco, quase que nada de entendimento das coisas. Uma pessoa, não por ela ser formada, mas assim de... não to dizendo que uma pessoa que tem formação acadêmica é... seja melhor que uma pessoa que possa morar numa favela e que venha se formar, não é isso.”

“SIMONE: Eu reitero o que eu falei: não são, não é em razão de as pessoas terem formação acadêmica, sabe, que são melhores uma que vem de uma situação mais... desfavorável que vai se formar. Não é em razão disso, sabe? Mas são pessoas que pode ter um melhor entendimento que a gente. Pode... pode entender mais a gente. Não sei se é a palavra certa, se é a palavra correta, mas eu acho que é por aí.”

Estes dois recortes trazem a necessidade de se olhar a prática do AT dentro das dinâmicas das relações sociais deste país. Simone é uma pessoa branca e relata que já esteve em uma situação melhor, econômica e socialmente comparada com a que vive hoje. Nestes dois trechos ela conta que queria ser acompanhada por uma pessoa que lhe entendesse mais, não em função da formação, mas por sua origem de classe. Com essa fala, Simone colocou em questão se uma at oriunda da periferia, em situação sócio-econômica desfavorável, teria capacidade de acompanhá-la e entendê-la.

No momento de seleção das pessoas para participar das entrevistas, fiz uma leitura de todos os registros de acompanhamentos encerrados entre 2012 e 2018, a fim de me certificar do encerramento do acompanhamento. Acredito que caiba explicitar o que pude encontrar a respeito do momento de finalização do AT de Simone, para aprofundar o conteúdo trazido por ela na entrevista. O relato dos últimos meses de acompanhamento dizia que Simone demonstrava não querer mais o AT do projeto. A hipótese registrada para este pedido de Simone foi a de que não teria mais uma transferência operando entre ela e o projeto. Dessa forma, o encaminhamento dados foi de uma das professoras coordenadoras do projeto conversar diretamente com ela para entender a situação. O relato¹⁸ foi de que, com essa escuta, se viu que exista transferência com a coordenadora e com o projeto, só não com as acompanhantes terapêuticas de Simone daquele ano.

O último relato da supervisão do AT não explicita qual questão estava em jogo na relação entre Simone e suas ats que dificultava o seguimento do trabalho. Porém, nesse relato também está registrado um questionamento institucional feito pelas ats ao projeto. O registro é de que as ats expressaram que o projeto deveria elucidar a raça dos acompanhados e questionam o porquê da maior parte deles ser da raça branca. Terminam por apontar a necessidade de criar

¹⁸ Esse relato causou estranhamento à professora coordenadora, que no caso também é orientadora desta pesquisa, pois a conversa relatada serviu para possibilitar que o vínculo continuasse operando entre Simone e suas ats e possibilitar a continuação do trabalho. Esse mal-entendido, presente no relato da reunião do projeto, aponta para os nuances existentes na narrativa dependendo de quem se encarrega por registrar a reunião. Essa situação é analisadora de como as questões de relações raciais são vividas diferentemente no grupo, conforme a posição que cada um assume a esse respeito.

critérios de acolhimento das pessoas pelo projeto para combater a desassistência à população negra. O relato termina apontando para se construir uma continuação do AT com residentes da equipe de atenção básica.

Mesmo que a motivação para o término tenha ficado em aberto no último relato do acompanhamento, parece que, durante a entrevista, nos trechos aqui destacados, Simone pode ter elucidado a questão. Talvez, para Simone, ao identificar as ats como provenientes da favela, foi-lhe impossível supor que elas pudessem lhe entender bem. Simone demarca sua diferença de classe, e essa diferença pode ter impossibilitado a sustentação da transferência para com as mesmas. Agora, que características estavam presentes nas duas ats ou que enunciações fizeram sobre si para que Simone lhes atribuísse uma origem específica, que se apresentava como um fator para entendê-la menos do que outras pessoas (e outras ats) poderiam fazê-lo?

Para pensar essa situação, como não temos elementos concretos disponíveis (na fala e nos registros do projeto), só podemos trabalhar com hipóteses. Seria algum enunciado sobre as origens das ats ou algum atributo de seus corpos, como a cor da pele, que permitiu a Simone identificá-las como pessoas a “morar na favela” ou sujeitas a “uma situação menos favorável”? A identidade racial ou a origem social das acompanhantes não foi explicitada nos relatos aos quais tive acesso, apesar de que, em outro momento dos relatos de discussão do caso, o racismo é levantado como uma hipótese ao desinvestimento da transferência.

Com a confirmação de que se tratava de uma reação ao fato uma das ats ser negra¹⁹, pode-se concluir que a branquitude da usuária contribui para seu afastamento do espaço terapêutico no momento em que uma acompanhante terapêutica negra ocupava-se do seu cuidado. Situações de recusa de pessoas brancas por atendimento de profissionais negros é algo que vem sendo relatado em estudos no âmbito da saúde. Kalckman et al (2007), em pesquisa com participantes do 2º Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, ocorrido em 2015, sobre percepção do racismo nas práticas e nos serviços, encontraram, a partir de relatos de trabalhadores da saúde negros, que usuários brancos praticavam racismo quando eram atendidos por esses profissionais, chegando inclusive a recusar o atendimento, demandando serem atendidos por pessoas brancas.

Em sua dissertação, Emiliano de Camargo David (2018) observa que os profissionais se sensibilizam ao verem os efeitos deletérios que o racismo provoca nas crianças e adolescentes do CAPSi. Porém, ao mesmo tempo, relatam dificuldade de lidar terapêuticamente com o

¹⁹ Em conversa com as coordenadoras do projeto, foi confirmado que uma das ats que acompanhava Simone nesse momento era negra.

racismo e seus efeitos e reconhecem que falta um aporte teórico que sustente as intervenções. Ao analisar as práticas terapêuticas e impasses de um CAPSi frente ao racismo e aos efeitos subjetivos gerado por ele, David coloca a necessidade de uma virada ético-política de desinstitucionalização do racismo. Para isso, propõe um movimento de *aquilombamento* dos serviços de saúde mental, reconhecendo que "o racismo de estado age (também) em lógicas manicomiais" (p. 136). Ou seja, trata-se de romper com os processos de naturalização do racismo da mesma forma que a luta antimanicomial rompe com o paradigma saúde/doença.

2.4. AT onde? Colocando o contexto em questão

Nesta pesquisa, conversamos com pessoas que estão em situações de vida restritivas, morando com familiares ou institucionalizadas (SRT e serviço de acolhimento institucional). Poucos participantes relataram saírem sozinhos, sendo que, para alguns, a única possibilidade de saída "mais livre" durante a semana é no momento do AT. As duas participantes institucionalizadas relataram que veem no AT um momento para aprenderem a estar na rua da cidade. Mesmo as(os) participantes que moram com suas famílias demonstram ter pouca autonomia em suas vidas. Aqui cabe lembrar que todas e todos participantes da roda de conversa apenas puderam se fazer presentes ao encontro dada a disponibilidade de seus ats de os buscarem em casa e os levarem de volta após o término da atividade.

Dentre os participantes da pesquisa, vemos que quem tem menores possibilidades de circulação social e menor autonomia sente o AT como um dispositivo de acesso a direitos básicos e à possibilidade de exercitar uma maior liberdade em suas vidas. Jovens que estão em acolhimento institucional podem se beneficiar mais com ats que possam permanecer no acompanhamento por períodos mais longos sem necessidade de substituições programadas, especialmente os que apresentem experiências vividas como abandono em suas histórias.

Acessar a cidade com maior autonomia se mostrou importante na vida das participantes da pesquisa. Palombini, Cabral e Belloc (2005) apontam que a cidade não é apenas palco, no qual a cena do AT se dá, mas elemento interventor e constitutivo dessa clínica. Se, em um primeiro momento, pode-se pensar a cidade como meio e contexto e a dimensão clínica como produto da relação entre acompanhante e acompanhada(o), conforme o trabalho do AT se desenvolve a relação na e com a cidade mostra sua potência própria.

Contudo a cidade da clínica do AT não é só feita de potência e tampouco é uma entidade "neutra". A cidade é produzida pelas pessoas e pelo jogo de forças existente no tecido social. O que vemos e encontramos na cidade, desde as ruas por onde caminhamos até a arquitetura da

suas casas e edifícios, passa pela mesma disputa. Nesse sentido, Cabral (2015), ao analisar questões concernentes ao setting do AT, destaca o paradoxo inerente ao espaço urbano: produzido dentro desta relação social desigual, reproduz os processos de mercantilização capitalista e aprofunda as diferenças de classe ao mesmo tempo que é espaço inventivo de encontro com a alteridade.

Olhando para outros aspectos, Benatto (2014), ao discutir a condição de abertura do setting no AT, aponta para um aspecto negativo que é inerente a essa condição: os riscos existentes no cotidiano e que afetam a todos, como acidentes de trânsito e assaltos, além da possibilidade de crises e surtos em ambientes desprotegidos. Benatto não faz uma discussão sobre os diferentes riscos existentes no meio social a depender dos marcadores sociais que se carrega. Apesar dessa homogenização do que seriam riscos no cotidiano, Benatto (2014) aponta que uma forma de minimizar este aspecto negativo é o aprofundamento no conhecimento teórico-prático.

Uma cidade como Porto Alegre é muitas cidades ao mesmo tempo. Fazer AT no centro, onde se têm museus, praças, locais turísticos e muito comércio de rua, é muito diferente de fazer AT em um bairro de periferia, em guerra entre facções do tráfico, com pouco ou nenhum saneamento básico, com escassos espaços culturais (os que existem normalmente são iniciativas de organizações de bairro). É diferente, ainda, de fazer AT em um bairro nobre, com acesso a shoppings, praças cercadas por grades, ruas bem calçadas e arborizadas. As cidades possíveis são diversas e cada uma apresenta seus riscos, que podem ser maiores, menores ou diferentes, dependendo de quem se é e quais marcadores sociais carrega-se consigo (branca ou negra; pobre ou rica; louca ou sã; jovem, adulta ou idosa; mulher, homem, cis, trans; capacitada ou incapacitada). Durante o AT, essas relações sociais não desaparecem. Tendemos a olhar os efeitos causados a partir do estigma vinculado à loucura, mas não é apenas este que se apresenta nas situações de AT e também não é o único que merece intervenção quando atravessa o acompanhamento.

No esforço de conceitualizar o trabalho do AT como uma clínica do cotidiano e estabelecer parâmetros teóricos e conceituais para a prática, Leonel Dozza de Mendonça (2017) propõe pensar a dimensão do manejo no AT como clínico-assistencial, podendo nessa composição apresentar diferentes matizes. Para tanto, parte da teorização de Winnicott sobre o manejo na experiência clínica com pacientes graves para descrever a sua porção clínica no AT como um “manejo clínico da relação transferencial” (p.101) — função que toma como inspiração os cuidados maternos de sustentação subjetiva e afetiva. Já a porção assistencial do manejo diria respeito às “formas de cuidado do tipo mais direto, pragmático, cotidiano

(alimentação, medicação, moradia, ócio, etc.)” (p.102). Aqui a(o) at se encarregaria de auxiliar a pessoa nas tarefas corriqueiras do seu dia a dia e nas suas necessidades básicas. Mendonça descreve esse manejo como necessário, na medida que a pessoa não está em condições de fazê-lo por conta própria e, portanto, necessita de um terceiro, que pode ser a(o) at, a desempenhá-lo.

Porém, Mendonça (2007) acrescenta que a(o) at não pode virar um fazer de coisas ou provedor, sem que a pessoa acompanhada seja implicada nessas tarefas. Ele traz o exemplo de uma pessoa acompanhada que reclama ao seu at o fato de este não estar lhe vigiando enquanto ambos se encontram em uma loja; como resposta, ouviu, de seu at, que, se considerava que era preciso lhe vigiar, também deveria ser responsável por prestar atenção se o at o estava vigiando ou não. Mendonça finaliza o relato apontando para o efeito produzido por essa intervenção: a mudança de implicação da pessoa acompanhada com suas questões e a mudança de vínculo experimentada pela dupla. Essa situação ilustra o que ele propõe como um “trabalho do manejo assistencial mediatizado pelo manejo do vínculo” (p.104).

Na forma como Mendonça (2017) conceitualiza as intervenções da(o) at como manejo clínico-assistencial, este é pensado a partir das dificuldades e limitações pessoais de quem é acompanhado. Porém, o manejo assistencial, ao menos no contexto brasileiro, não significa apenas ajudar com tarefas domésticas e de subsistência, como a ida ao mercado e a arrumação da casa. O AT intervém para combater vulnerabilizações causadas por ausência de direitos, buscando viabilizar um maior acesso a espaços capazes de mitigar seus efeitos e construir possibilidades de vida digna.

3. PARA PENSAR A PESQUISA

3.1. Condução da pesquisadora nos momentos de campo

Para iniciar a conversa com as participantes na roda de conversa e na entrevista, utilizei recursos diferentes como introdução e disparador para as falas. Na roda de conversa a proposta foi iniciar com um convite para a produção artística a partir de uma pergunta disparadora: “*A ideia é a gente usar um primeiro momento pra gente trabalhar com os materiais que tã aqui (...) pra gente responder a pergunta do que mudou ou o que muda na vida tendo um at*”. Já a entrevista começou com uma pergunta aberta, convidando para um relato sobre a experiência

que a pessoa teve no AT: *“Para começar essa conversa, eu queria saber se tu podes contar como é que foi esse tempo que teve pessoas fazendo Acompanhamento Terapêutico contigo”*.

No primeiro encontro da roda de conversa não fizemos uma rodada de apresentação; as pessoas, conforme chegavam à sala, apresentavam-se para as pesquisadoras. Eu estava aguardando para ver quem, dos que eu conhecia de piqueniques e reuniões de rede do projeto, participariam da pesquisa. Na medida em que as pessoas foram chegando, eu pude reconhecê-las. A maioria de fato eu já conhecia de piqueniques de anos anteriores do projeto; também já havia escutado relatos do acompanhamento de algumas delas em reuniões de supervisão coletiva do projeto. Essa postura me fez dispensar uma rodada de apresentações entre as participantes e pesquisadoras ao início da conversa, apesar de ter sido previsto esse recurso no planejamento da roda de conversa. Acredito que, por conhecer a maior parte das pessoas da roda e vê-las se apresentando individualmente, fazer uma dinâmica de apresentações não me pareceu essencial. Talvez essa falta de apresentação tenha contribuído para as pessoas não se disporem tanto a se dirigir umas às outras durante a roda, remetendo-se direta e unilateralmente à pesquisadora. Algumas das pessoas já haviam se visto em piqueniques, mas ninguém demonstrou reconhecer as outras pessoas presentes na roda.

Enquanto pesquisadora, ocupei uma postura incentivadora (ou validadora) das falas da entrevista e das rodas. Em vários momentos utilizou expressões de concordância como “sim”, “hum”, “aham”. Vemos estas expressões serem usadas para compor com a fala dos entrevistados quando estes faziam pausas, bem como quando queria introduzir uma nova pergunta relacionada ao que as pessoas estavam falando²⁰.

A entrevista exigiu menos condução da pesquisadora para que a fala pudesse fluir, podendo ficar mais em segundo plano e colocando as perguntas quando a entrevistada fazia pausas e concluía seu raciocínio sobre a questão colocada. Já na roda de conversa, as falas se desenvolviam menos, com respostas mais curtas e diretas, exigindo que eu tivesse uma participação bem mais ativa para desdobrar as questões trazidas pelos participantes em narrativas sobre suas experiências. Na entrevista podemos ver narrativas mais longas, com desdobramentos e expressões de conclusão, como “acho que é isso”, “a princípio é isso que eu penso”. Na roda de conversa, foram pouco momentos em que as pessoas conversaram entre si. A maior parte do tempo, dirigiam-se à pesquisadora, ficando a cargo desta fazer relação entre as falas e convidá-los a um diálogo maior. As conversas direta entre as(os) participantes da

²⁰ Esse uso de interjeições, que avaliei como incentivadoras, foi criticado pelas participantes ao se referirem ao que não gostavam nas atitudes das e dos ats que as acompanhavam.

roda aconteceram quando alguém demonstrava curiosidade com algo que a(o) outro havia relatado sobre si e perguntava mais sobre. É possível que a falta de apresentação na primeira roda de conversa tenha contribuído para essa inibição de trocas entre as(os) participantes. Contudo na segunda roda de conversa, na qual foi feito um momento de apresentação e os participantes já se conheciam da roda anterior, as conversas entre as(os) participantes continuaram baixas.

Durante a roda de conversa, minha escuta ficou permeada pelo já sabido das histórias, mas com um resguardo de saber, considerando que o que as pessoas vivenciavam naquele momento no AT e poderiam querer compartilhar na roda poderia ser bem diferente do que aquilo que anteriormente eu ouvira sobre elas. Assim, fui criando conexões entre o que relatavam e minhas memórias. Em meio a essa costura de sentidos, cometi um equívoco entre estes já sabidos de minha memória: troquei o nome de uma das participantes. Chamei Camila pelo nome de outra acompanhada do projeto que eu conhecia, mas não estava presente na roda. Contudo, só fiquei sabendo disso quando a roda de conversa terminou, e então a bolsista de IC que me acompanhava me alertou de meu erro. Nem Camila nem qualquer outra participante da roda que soubesse seu nome me corrigiram.

Para analisar esse equívoco, vamos conversar com a discussão feita por Moraes (2008), ao problematizar a sua postura e das demais pesquisadoras junto a um grupo de jovens cegos com quem desenvolviam uma investigação. Na situação, as pesquisadoras estavam entrevistando um jovem cego e perguntaram-lhe se ele sonhava. Sua hipótese era de que uma pessoa cega não conseguiria sonhar, pois não disporia de imagens para tal. Foram tomadas de surpresa quando o jovem com naturalidade respondeu afirmativamente e contou sobre o tema recorrente em seus sonhos. Não satisfeitas, as pesquisadoras continuaram com perguntas para que ele descrevesse como sonhava, de que forma, ao ponto de o garoto ir ficando incomodado com o inquérito, até que perguntaram diretamente o que motivara a investigação minuciosa dos sonhos do garoto: no que sonhava, havia imagens?

Em um segundo momento, a partir da reação do jovem, puderam analisar suas posturas como pesquisadoras não cegas. É quando percebem o quanto suas escutas estavam permeadas por suas suposições dentro de uma visão de mundo de fato vidente (de quem vê) e o quanto tomavam a experiência da cegueira como uma impossibilidade para sonhar, mas que também demonstrava uma visão de incapacitação do sujeito (a de sonhar) pela falta de uma via de percepção (a visão). Para pensar o que essa situação pode gerar de desdobramentos para a

situação de pesquisa Moraes traz o conceito de mal entendido promissor de Despret²¹ (1999, apud Moraes, 2008, p. 43), que "produz novas versões disto que o outro pode fazer existir...O mal entendido promissor, em outros termos, é uma posição que, da maneira pela qual ela se propõe, cria a ocasião para uma nova versão possível do acontecimento..."

Nesse sentido, Moraes afirma que um mal entendido pode ser promissor quando cria interferência nas formas de olhar e de interrogar o outro. Na pesquisa, isso significa poder fazer novas perguntas, que não seriam possíveis antes, e tem o potencial de reposicionar o pensamento e a condução da investigação. Também significa abrir mão da crença de que o pesquisador vai analisar um objeto com sua verdade intrínseca, passando a compreender então o dado produzido como produção desse encontro de sujeitos na pesquisa.

Trazemos essa discussão acerca do mal entendido promissor, pois, antes de querer afirmar uma falha ou culpa, há no equívoco elementos para pensar a relação da pesquisadora com a participante e com a situação de pesquisa. Dessa forma podemos começar interrogando o meu mal entendido: o que me levou a chamar Camila pelo nome de outra pessoa acompanhada pelo projeto? O que me fez pensar que estava dialogando com essa outra pessoa? Por que Camila não me corrigiu ao perceber o erro de nomeação?

Primeiramente, esse equívoco mostra uma escuta saturada de "familiaridade", onde eu assumi já conhecer com quem falava. Talvez estivesse querendo buscar um lugar conhecido para dar mais elementos às falas e assim poder dialogar melhor com as participantes. Porém, mais promissor parece analisar o que há de familiaridade entre o nome evocado e Camila. A pessoa acompanhada pelo projeto portadora desse nome era bem distinta de Camila: uma senhora viúva que vive com o filho, por quem se sente submetida, à mercê de seus desejos e vícios, gerando vulnerabilidades para essa família. Essa senhora vivia uma ambiguidade entre conformação e revolta com sua situação - ambiguidade que repercutia nas ats e na equipe do projeto, ao hesitarem, na época, diante de uma possível intervenção judicial, sem saber se faria mais bem ou mal à situação da senhora e de seu filho.

A situação de internação inapropriada de Camila também coloca o AT, ao acompanhá-la nesse contexto, em um impasse entre ajudar a amenizar seu sofrimento frente à falta de liberdade e de espaço ou construir uma alternativa de nova morada mais adequada. Porém, como no caso evocado pelo meu equívoco, a resolução dessa tensão dependia da construção feita (ou impossibilitada) junto a outros atores na rede de cuidado de Camila. Ambas as

²¹ Despret, V. (1999). *Ces émotions qui nous fabriquent: ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond/Le Seuil

situações trazem um paradoxo na atuação do AT entre testemunhar a manutenção da situação de vulnerabilidade e produzir uma adaptação/tolerância da pessoa a essa situação (por meio de intervenções para lidar com a situação) ou legitimar o sofrimento e afirmar a necessidade de mudança, porém sem condições concretas para mudanças (que dependem de agentes externos), o que termina por produzir apenas mais sofrimento.

A outra questão colocada anteriormente, sobre por que Camila não se manifestou ao perceber que foi chamada por um nome que não era o seu, exige pensar as relações entre pesquisadora e sujeito de pesquisa. Camila não se autorizou a corrigir a pesquisadora que errou o seu nome - justo o nome próprio, ligado à identidade e à autoafirmação. Camila relatou que, nas “clínicas” por onde passou, não se sentia ninguém. Ser ninguém é a negação de ser alguém, de ter um nome e uma história. Esse relato aponta para um processo de dessubjetivação sofrido nos espaços de institucionalização. Não reivindicar o próprio nome pode ter sido mais um indicador desse processo de apagamento subjetivo? Ou a questão seria antes relacionada à relação de poder com a pesquisadora, a qual não deve ser questionada em seu saber, mesmo que seja sobre algo tão pessoal como o nome? Esses questionamentos se relacionam com elementos da situação de pesquisa que indicam uma inibição das participantes de fazerem críticas (ao AT e à pesquisadora-at), como veremos no próximo ponto.

3.2. Dificuldade de as participantes tecerem críticas

A partir da experiência de análise com os participantes da pesquisa sobre o AT e as suas experiências com o projeto, observamos uma dificuldade dos participantes de tecer críticas à experiência. Quando perguntados sobre aspectos considerados negativos ou insuficientes ou sobre o que não gostavam no AT, de maneira geral negaram a existência de algo negativo. Nas ocasiões em que puderam manifestar algo de que não gostavam na experiência do AT, tal manifestação se fez acompanhar da ponderação de que o seu dizer não era para ser tomado como crítica. Ou seja, diferente das outras falas, quando os participantes expressavam opiniões que poderiam ser vistas como reclamação ou descontentamento para com o trabalho do AT, tais opiniões eram sucedidas por uma expressão que amenizasse seu conteúdo crítico - como podemos ver no trecho a seguir:

“PESQUISADORA: (...) E se a gente fosse pensar alguma coisa que não é tão boa no AT. O que a gente poderia pensar?”

CAMILA: O que não é bom no at é que é só uma vez por semana, né! Tinha que ser umas duas vezes por semana, o at, não só uma vez por semana... Na minha opinião, só.

PESQUISADORA: Sim.

CAMILA: Não to criticando nada, só to falando.” (grifo nosso)

Camila faz uso de duas estratégias para minimizar sua colocação. A primeira foi usar do recurso discursivo de caracterizar o enunciado como opinião pessoal, minimizando, implicitamente, sua colocação perante saberes que seriam mais legítimos, como de um(a) at ou da pesquisadora. A segunda estratégia foi negar que estivesse criticando (negativamente), acenando com uma conduta apaziguadora.

Já na entrevista, a resposta de Simone para a pergunta sobre coisas de que não gostava foi de que não havia o que desgostasse:

“PESQUISADORA: Uhum. (...) E agora se a gente olhar por um outro lado, assim, de pensar o que eram coisas que não gostava tanto, não eram...”

SIMONE: Que eu não gostava?

PESQUISADORA: É, do AT. Ou que eram ruins.

SIMONE: Não, não, isso... não tinha nada que eu não gostasse... não tinha nada que eu não gostasse. Isso não.

PESQUISADORA: Uhum.

SIMONE: Isso, absolutamente, não.”

“PESQUISADORA: Uhum, sim. Mas, se tu fosse pensar em sugestões, o que tu daria, assim, de dizer pra gente que trabalha com Acompanhamento Terapêutico; sugestões para as pessoas que fazem esse trabalho. O que tu daria de sugestões pra gente?”

SIMONE: Bem, aí fica difícil de falar, eu sugerir alguma coisa a um acompanhante. O acompanhante terapêutico, né, que é psicólogo, seja formado em outra coisa; aí é difícil falar, né, o que seria bom ou não, né.”

Essa análise da inibição dos participantes em relatar pontos ruins ou que gostariam que fossem diferentes no AT foi incluída na narrativa de síntese produzida pela pesquisadora e apresentada para os participantes da roda de conversa em um segundo encontro. Nesse momento de devolução da narrativa, a leitura desse trecho pareceu surtir o efeito de autorizar a crítica. Logo após a leitura, os participantes trouxeram um assunto não abordado anteriormente. Falaram sobre não gostarem quando a pessoa que lhes acompanha não conversa e apontaram haver bastante diferença quando a pessoa (at) gosta de conversar ou quando é tímida. Laíla relatou que prefere pessoas que não sejam tímidas, para conversar mais - *“às vezes a gente quer conversar e eles não conversam com ninguém”*. Dizem não gostar de pessoas que ficam muito em silêncio. Mesmo assim, entendem que é uma característica da pessoa ser mais quieta.

Dessa forma, podemos considerar que, como propõem Onocko-Campos (2011), ao analisar os efeitos da narratividade observados em pesquisas qualitativas com grupos que fazem uso de técnicas participativas, em que é possível um adensamento das questões trabalhadas pelo grupo, neste segundo encontro da roda de conversa houve um aprofundamento da avaliação sobre o AT a partir do exercício de devolução narrativa. O exercício de ouvir as próprias falas

a partir da narrativa elaborada pela pesquisadora possibilitou um novo espaço de enunciação em que se permitia tecer críticas ou expressar descontentamentos experienciados no AT. A escuta da narrativa lida pela pesquisadora possibilitou reposicionar as relações na situação de pesquisa, na qual falas não tão elogiosas foram possíveis, entrando em um outro nível de profundidade e adensamento do material.

A gratidão expressada pelos participantes com respeito ao acesso à experiência do AT, encontrada nesta pesquisa, está em consonância com o observado por outros estudos com usuários do sistema de saúde brasileiro (TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; VAITSMAN e ANDRADE, 2005). A expressão de gratidão, no contexto brasileiro, muitas vezes aponta para fragilidades da política pública e da garantia de acesso aos serviços e a direitos sociais. Vaistman e Andrade (2005) retomam o conceito de Bernhart (1999)²² de *gratitude bias* – sentimento de gratidão – para pensar como esse viés, comum em países periféricos, bem como o medo de perder acesso ao serviço e as relações de dependência aos profissionais, dificultam uma avaliação mais crítica do atendimento em saúde.

O AT, ao se inserir no contexto dos serviços da rede pública de saúde e assistência, principalmente, mas também de educação e justiça, acessa quem frequenta esses serviços e se contagia das dinâmicas que esses sujeitos mantêm com essa rede. Dessa forma, vemos as mesmas expressões de gratidão pela possibilidade de ter um acompanhante terapêutico e também as dificuldades em ter uma postura mais crítica ao AT, seja no que se refere ao dispositivo ou à pessoa que acompanha. O fato de não conhecerem outro projeto ou outra forma de acessar o “serviço” de AT pode contribuir para essa inibição, pelo receio de perder o acesso e ficar sem assistência.

²²Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H & Pohan I 1999. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine* 48:989-996

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dispositivos da Roda de Conversa e da entrevista com pessoas que foram atendidas em um projeto de AT, a presente pesquisa pôde abordar a percepção das pessoas acompanhadas sobre seu processo e sobre o dispositivo do AT, produzindo analisadores para o próprio dispositivo. Encontramos que pessoas acompanhadas valorizam o AT e têm apreço pela pessoa que as acompanha. A presença da(o) at na vida das pessoas é mais valorizada do que os possíveis efeitos derivados do acompanhamento. O momento de despedida e troca da pessoa que acompanha é experienciado tanto como oportunidade de produzir novas narrativas como produtor de angústia e atualizador de sensações de abandono.

Dos resultados concernentes ao dispositivo, o acesso ao AT por parte dos acompanhados se mostrou dependente da articulação da rede e do conhecimento sobre a modalidade do AT e, mais especificamente, do projeto ATnaRede entre profissionais integrantes da rede. O trabalho com pessoas institucionalizadas de forma não condizente com sua condição se mostrou um paradoxo entre o “respiro” suficiente que sustenta a situação e a possibilidade de construção de diferença e de outras possibilidades de vida. Por fim, o AT, no contexto que se apresentou a essa pesquisa, mostrou funcionar como um dispositivo de acesso a direitos sociais básicos e espaço para construção de autonomia.

A pesquisa com as(os) acompanhadas(os) se mostrou potente ao possibilitar acesso à perspectiva destas pessoas sobre o trabalho do AT e permite reformular análises e posturas na condução deste trabalho. Os efeitos causados pelos marcadores sociais de acompanhantes ao desenvolvimento do trabalho indica a necessidade de a(o) acompanhante terapêutico ter em mente os seus marcadores sociais e os marcadores da pessoa a quem está acompanhando, pois estes atravessam o processo do AT e a relação possível de se estabelecer entre a dupla e também com outras pessoas que venham a interagir durante o momento do AT.

Como este estudo não fez um levantamento de dados sócio demográficos, não foi possível aprofundar análises que esses dados informariam. Outra limitação foi que, mesmo contando com dois encontros com espaçamento de dois meses entre eles, esse estudo olhou para um recorte curto de tempo, não sendo possível grande aprofundamento nas análises com os participantes ou a observação de mudanças de perspectiva e de relatos que uma pesquisa de mais tempo proporcionaria.

O AT tem demonstrado ser um dispositivo potente para processos de atenção à saúde mental junto aos serviços substitutivos (PALOMBINI, 2007; PALOMBINI e PASINI, 2017),

aos processos de desinstitucionalização (OLIVEIRA, 2013), de inclusão escolar (SERENO, 2016; ALBANO, 2015) e de auxílio às penas e medidas alternativas (SANTOS et al, 2005). Ainda, o AT serviu de referência e base para a criação do dispositivo de Acompanhamento Juvenil (AJ) com adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa (LAZZAROTTO et al, 2013). Entretanto, a sua aplicação em políticas públicas (ainda) acontece de forma pontual ou local.

Pesquisas futuras podem desenvolver estudos longitudinais para acompanhar o desenvolvimento e a evolução do AT, bem como a avaliação e percepção da pessoa acompanhada nesse processo – principalmente para metodologia de roda e grupos operativos. Estudos com a participação de familiares de pessoas acompanhadas também podem ser indicados para possibilitar avaliação dos efeitos na família e da relação que essas pessoas estabelecem com a(o) at.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Paula Buainain. Quando o acompanhamento terapêutico encontra a escola: a construção de uma prática intercessora. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) PUC-SP 2015, São Paulo.

ARAÚJO, Fábio. Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade. Niterói – RJ, 2007.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Epub Sep 08, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra, Caponi, Sandra Noemi e Verdi, Marta Inez Machado Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 1, pp. 175-184. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170233>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170233>.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. v. 20 n.1 p. 116-12. 2010.

BENATTO, Marcelo Costa. **A clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental: 1990-2002*. Brasília: MS; 2002.

BRASIL, Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso Brasília: DF, Outubro 2003.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria Executiva. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: MS 2004b

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Emenda Constitucional 95**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Sessão 1. p. 59-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.

CABRAL, Károl Veiga. (2005). *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-32, mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462006000100003&lng=pt&nrm=iso>.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 19 n. 4 p.1065-76. jan/abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

CARVALHO, S. S. (2002). *Acompanhamento Terapêutico: Que clínica é essa?* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.

EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIERA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 331-340, out. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600331&lng=pt&nrm=iso>.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, n.1, p.885-894, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500885&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0285>.

FURTADO, Juarez Pereira; MIRANDA, Lílian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 508-524, Sept. 2006.

Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pib=S1415-47142006000300010&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003010>

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100022&lng=pt&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100022>.

GERGEN, Mary M., GERGEN, Kenneth J. Investigação qualitativa: tensões e transformações. In: O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens denzin, Norman K; Lincoln, Yvonna S. (org) Tradução Sandra Regina Netz- Porto Alegre, Artmed 2006

GONCALVES, Laura Lamas Martins; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 108-116, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600014&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000600014>

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5) 1995 p. 07-41

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.

KANTORSKI, L.P. et al. Fourth-generation evaluation – methodological contributions for evaluating mental health services. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.343-55, out./dez. 2009.

LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini; CARVALHO, Júlia Dutra de; BECKER, Julia Lângaro. Acompanhando micropolíticas juvenis: estratégias clínico-institucionais. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 55-64, 2013.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**. v. 25, n. spe2, p. 9–20. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

LORDELLO, Silvia Renata; SILVA, Isabela Machado da. Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde: um panorama geral. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 18, n.2, p.06-15, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000200002&lng=pt&nrm=iso>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400006&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al . Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2847-2857, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000009&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>.

MENDONÇA, Leonel Dozza. Acompanhamento Terapêutico e Clínica do Cotidiano. Agente Publicações, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Pscol. Soc.*, Belo Horizonte, v.25, n spe2, p. 90-94, 2013. Available from https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600012&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600012>.

PALOMBINI, Analice de Lima. [et all] Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento / – 2.ed. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PALOMBINI, Analice de Lima; CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath. Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 10, n. 19, p. 32-59, dez. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200003&lng=pt&nrm=iso>.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006.

PALOMBINI, Analice de Lima. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. (Tese de doutorado) Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro, 2007

PALOMBINI, Analice de Lima. *Utópicas cidades de nossas andanças: flanêrie e amizade no acompanhamento terapêutico* In: *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 – n. 2, p. 295-318, Maio/Ago. 2009.

PALOMBINI, Analice de Lima; PASINI, Vera Lucia. As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento terapêutico. In: **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos** BELLOK, Márcio Mariath; et al. organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PALOMBINI, Analice de Lima. et al. Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação. Relatório parcial da pesquisa para fins de prorrogação de prazo. Edital Universal CNPq 447696/2014-9. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

PALOMBINI, Analice de Lima. 25 Anos Depois, Um Pouco da Estrada em Que Fiz Meu Chão: Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica. In: PAULON, Simone M; OLIVEIRA, Carmem S.; FAGUNDES, Sandra M. S. (Org.) **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018, cap. 11, p. 245-261.

PASSOS, E.; BARROS, R. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pista do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 150-71.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Loucura*. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 131–138.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. Acompanhamento terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 25, n. spe2, p. 73-81, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600010&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600010>.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas**, 2012. v. 12, n. 2, p. 163–172. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1268/1242>>.

REIS NETO, Raymundo de Oliveira; TEIXEIRA PINTO, Ana Carolina; OLIVEIRA, Luiz Gustavo Azevedo. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>

RIO GRANDE DO SUL *Resolução CIB/RS 233 de 12 de maio de 2014*. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

ROLNIK, Suely. Clínica nômade. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL-DIA “A CASA”. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

SANTOS, Lúcia Grossi dos; MOTTA, Juliana Meireles; DUTRA, Maria Cristina Bechelany. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. Ver. Latinoam. Psicopat. Fund. Ano VIII, nº 3 set/2005 (p. 497-514)

SANTOS, Manoel Antônio dos et al . Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: revisão da literatura. **Psicologia teoria e prática**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 64-77, ago. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872015000200005&lng=pt&nrm=iso>.

SERENO, Deborah. Acompanhamento Terapêutico e educação inclusiva. **Psyche (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 167-179, set. 2006. Disponível em https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200016&lng=pt&nrm=iso.

SILVA, Michelle Karina; BUSTAMANTE, Alessandra. O acompanhamento terapêutico com o psicótico infrator. **CliniCAPS** nº.16 jan/abr. 2012.

SIMÕES, Cristiane Helena Dias; KIRSCHBAUM, 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.6, nº3, p. 392-402. dez. 2005.

SURJUS LTLs, ONOCKO-CAMPOS R. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP/Brasil. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2011; 14:122-33

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. a Entrevista Na Pesquisa Cartográfica: a Experiência Do Dizer. Olhar as referências deste texto, tem várias recomendações de como fazer entrevista.: **Fractal, Rev. Psicol.**, 2013. v. 25, n. 2, p. 299–322.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIAO, Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 557-570, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 599-613, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en&nrm=iso> <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Acompanhamento Terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA AT NA REDE

Informações a participantes usuários/as

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial*, a qual acontece junto ao *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede*, que é um projeto de extensão vinculado ao Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CIPAS/UFRGS). A pesquisa se propõe a estudar a experiência do acompanhamento terapêutico em articulação com os serviços da rede pública. Para isso, vale-se dos relatos de acompanhamento terapêutico dos/as estudantes e profissionais em formação que atuam nesse projeto, bem como de entrevistas, rodas de conversa e/ou filmagens com os/as trabalhadores/as dos serviços, com os/as usuários/as em acompanhamento terapêutico e demais envolvidos/as com o projeto.

A participação na pesquisa não é obrigatória. Você pode escolher não disponibilizar para a pesquisa as informações referentes ao seu acompanhamento terapêutico. Mas, caso você concorde em participar, a experiência do seu acompanhamento terapêutico poderá ser relatada em trabalhos científicos, contribuindo para a produção de conhecimento sobre formas de cuidado em saúde mental. Nesse caso, de acordo com o que determina a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, fica assegurado que:

- todas as informações relativas ao seu caso serão utilizadas somente para fins acadêmicos, com a garantia de sigilo, respeito à privacidade e guarda de anonimato; a sua identidade só será divulgada se você assim o decidir; e, dentre as informações geradas no acompanhamento terapêutico, você poderá decidir as que podem vir a público ou não;
- em princípio, a participação na pesquisa não requer nada além da continuidade do acompanhamento terapêutico, que é o serviço ofertado pelo Projeto ATnaRede quando solicitado. Em alguns casos pode implicar a realização de entrevistas individuais ou rodas de conversa sobre o tema do acompanhamento terapêutico realizado, o que vai tomar uma ou duas horas do seu tempo. Se, por alguma razão, participar da pesquisa evoque em você reflexões ou lembranças que produzam algum mal-estar, você pode conversar sobre isso com o/a seu/sua acompanhante terapêutico/a ou com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa;

- as informações e registros que forem colhidos para fins específicos desta pesquisa, como a gravação de entrevistas e rodas de conversa, serão conservadas em local seguro, junto ao CIPAS/UFRGS e destruídos sete anos após seu registro;
- você pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem que isso implique na interrupção da oferta do acompanhamento terapêutico ou em qualquer outro prejuízo; você pode informar sua desistência a seu/sua acompanhante terapêutico/a ou às pesquisadoras responsáveis e solicitar a assinatura de novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que fique registrado que você não concorda mais em disponibilizar as informações sobre a experiência do seu acompanhamento terapêutico.

A qualquer momento, para esclarecimento de dúvidas ou para obter maiores informações, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, Analice de Lima Palombini e Vera Lúcia Pasini, pelo telefone do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ação em Saúde - CIPAS (fone 33085453) ou pelo email atnarede@ufrgs.br. Você pode também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos 2600, Porto Alegre, RS, fone 3308-5698).

* * *

Declaro ter compreendido as informações que constam neste documento, sobre a pesquisa *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial*, proposta junto ao projeto ATnaRede. Com base nessas informações, declaro o que segue:

() Concordo em disponibilizar informações sobre o meu acompanhamento terapêutico para fins da pesquisa.

() Não concordo em disponibilizar informações sobre o meu acompanhamento terapêutico para fins da pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do responsável legal: _____

(quando menor de idade ou impossibilitado de responder legalmente por si)

Assinatura: _____ Data: _____

Declaro ter explicado os objetivos, a natureza, as vantagens e os inconvenientes da pesquisa proposta, respondendo, da melhor forma às questões colocadas.

Nome: _____ Função: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Analice de Lima Palombini e Vera Lúcia Pasini
pesquisadoras responsáveis

Uma cópia assinada deste termo de consentimento deve ser disponibilizada ao participante

ANEXO B - Roteiros (roda de conversa e entrevistas)

ROTEIRO RODA DE CONVERSA

- 5) O que muda na vida ter um at (acompanhante terapêutico)?
- 6) O que é bom no AT?
- 7) O que é ruim/o que não gosta no AT?
- 8) Quais sugestões vocês dariam para quem faz AT?
- 9) Tem alguma situação/história que queiram contar do AT?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) O que muda na vida ter um at (acompanhante terapêutico)?
- 2) O que é bom no AT?
- 3) O que é ruim/o que não gosta no AT?
- 4) Quais sugestões vocês dariam para quem faz AT?
- 5) Tem alguma situação/história que queiram contar do AT?

Roda de conversa com as/os acompanhadas/os

06 de julho de 2019

Esta roda de conversa aconteceu numa manhã muito fria de inverno, num sábado, no dia seis de julho de 2019, numa sala da universidade. Nós éramos seis pessoas: Ana e Fabi, que nos convidaram pra roda, e Camila, Diaco, Gabriela e Laila.^{23} Tínhamos pincéis, tintas e outros materiais como revistas, tesoura e cola para pintar ou colar no pano sobre o que pensávamos do AT, mas a maioria de nós preferiu só conversar, pois não sabíamos desenhar ou não tínhamos ideia do que poderíamos desenhar. Em alguns momentos foi difícil entender o que estava sendo perguntado, mas fomos falando sobre o que mudava na vida o fato de ter um AT, sobre o que era bom e o que não era bom e o que podia melhorar no AT. Durante a conversa, que durou mais ou menos uma hora, bebemos um café, para nos aquecer. Depois, fomos todos para o piquenique-almoço do projeto ATnaRede, numa praça perto dali, já estávamos loucas/o para comer e encontrar as pessoas, como a Vera, que conhecemos em outro piquenique.*

* * *

Nós achamos legal ter essa pesquisa em que dá para falarmos das coisas do AT e queríamos fazer as coisas da maneira certa: o desenho e a pintura e responder as perguntas. Mas, quando nos foi pedido para dizer o que não era bom no AT, tivemos receio de que pensassem que estávamos criticando o AT. Algumas vezes no grupo, nós chamamos a pesquisadora de “sora” e perguntamos a ela a forma correta de escrever alguma palavra que quisemos incluir na pintura. Tivemos preocupação em saber o que seria apresentado para outras pessoas e concordamos que fosse na forma de texto, pois preferimos que o áudio gravado não fosse mostrado.

A percepção do que muda na vida com o AT varia para cada pessoa. Uma de nós acha que não mudou nada enquanto outra de nós acha que mudou tudo, pois se sente *muito feliz tendo o AT, me sinto outra pessoa*. Para nós o AT permitiu conhecer lugares, ter mais liberdade de sair, buscar locais como o GeraPOA, em que se faz trabalhos manuais para vender. Com o AT, nós temos mais autonomia. Autonomia, para nós, significa coisas como sair sozinho, andar na rua, lidar com dinheiro, ir ao banco, trabalhar... São coisas como essas que nós aprendemos no AT: ir aos lugares sozinho/o, atravessar a rua, pegar ônibus, cumprimentar as pessoas... No AT, nós conversamos e isso ajuda, falamos dos nossos problemas, de como anda a vida e o lugar onde moramos. O AT

^{23*} Os nomes foram inventados pelas/o participantes da roda.

ajuda a conhecer mais as pessoas. Dá para contar da vida, se as coisas estão boas ou ruins. Sentimos que podemos confiar no nosso at, para contar essas coisas. Quando contamos para outras pessoas, elas não ajudam, fazem fofoca – o at não.

O AT é diferente de outros lugares por onde já passamos, onde já estivemos. *Passsei por várias clínicas psiquiátricas onde fui maltratada*, conta uma de nós que vive numa instituição. *Sem o AT, eu nas clínicas, eu não era ninguém. Agora estou tentando um passo a passo.*

Sobre a relação entre acompanhante e acompanhado, achamos que é feita de amizade e confiança. As pessoas que fazem AT com a gente têm paciência conosco, nos ajudam, já nos ensinaram bastante coisa, podemos dizer a elas o que estamos sentindo, podemos desabafar, elas sabem da tua ruim, sabem da tua boa. Gostamos muito delas. Elas acompanham a gente nas situações em que não estamos bem, como quando uma de nós ficou enjoada em um brinquedo radical no parque de diversões. Quando tem situações difíceis na vida, dá para conversar com quem faz AT com a gente,. O at pode nos ajudar com as situações difíceis que passamos na vida, como o fato de alguns de nós nunca termos trabalhado ou não termos familiares que nos recebam para morarmos juntos.

Achamos que o nosso AT é nota dez, é bom e interessante, as pessoas que nos acompanham são legais, elas conversam com a gente. Também gostamos do momento do piquenique, já fomos em piqueniques anteriores, em praças ou parques, tinha conversa e comida.

A conversa é uma das coisas que mais gostamos no AT, mas achamos que pode melhorar ainda mais, falando mais da vida da pessoa, conversando mais sobre como a gente vai, se estamos bem, se estamos mal. Também achamos que não é muito bom que o AT aconteça só uma vez por semana, nós gostaríamos que fosse duas vezes, assim poderíamos sair mais, ir ao cinema... Algumas de nós não têm impedimentos para sair sozinhas, para pegar o ônibus e ir ao colégio ou outro lugar, mas para quem mora em uma clínica, como uma de nós que vive há oito anos em clínicas, ou outro lugar em que só sai com visita de familiar ou no horário do AT, poder sair mais vezes é muito importante. Outra coisa que uma de nós não acha muito bom é que a gente recém está conhecendo a/o acompanhante e ela/e já sai ligeiro, sai da faculdade, a troca das/os ats é muito ligeira, sentimos falta daquela pessoa.

Sobre ser só uma vez por semana, sabemos pelas/os nossas/os ats que é porque estudam, trabalham, tem outras coisas, não podem. Também entendemos que não é quem nos acompanha que decide, é ordem do Projeto, que disse que era só uma vez por semana.

Sobre a troca das/os ats, uma de nós está no seu primeiro AT, então não sabe como vai ser o AT com uma nova pessoa, apenas espera que seja alguém que tenha paciência com ela como a at atual tem. Mas nós outros três já tivemos muitos ats nos acompanhando, a gente nem lembra o

nome de todas/os, e achamos que pode ser legal, divertido, diferente, o máximo... Quando muda a pessoa, a gente conversa mais, fica mais importante, não são as mesmas palavras que a gente fala. Pensamos que isso também tem a ver com o estilo da pessoa que nos acompanha. O estilo das pessoas é sempre diferente, então sempre muda alguma coisa no AT.

Achamos que uma forma para lidar com a saída de um/a das/os ats é conversar sobre por que estão saindo. Quando o AT é em dupla e um sai e outro fica, podemos também conversar com o at que fica sobre o motivo da saída. Mas também temos expectativas de que seja legal com a nova pessoa que chega para o AT, ou esperamos que seja alguém que possa vir mais vezes por semana, por exemplo.

Quando nos foi perguntado sobre algo vivido no AT que gostaríamos de contar, logo de início não quisemos falar ou não lembramos de nada. Mas uma de nós desenhou um balão de flutuar, daqueles que voam, e desenhou ela e a at no balão, e logo outra de nós contou do que irá fazer com a sua at no último encontro que terão: um passeio de barco pelo Guaíba! E outra de nós ainda contou que conheceu, com a at, aquele negócio que tem livros, a faculdade, onde tinha um evento e um monte de gente.

Nós não sabíamos sobre o AT antes de termos essa experiência, foi uma surpresa e somos gratas/o às/aos profissionais que conseguiram o AT para nós.

-

Entrevista com acompanhada

01 de Agosto de 2019

Essa entrevista aconteceu em uma tarde de sol, no meio do inverno, na casa da entrevistada. Nos acomodamos em seu quarto para conversarmos. A pesquisadora iniciou explicando a proposta da pesquisa e como seria esse momento de entrevista. Essa explicação gerou uma conversa inicial “extra oficial”, que não ficou gravada, mas sobre a qual se fez menção durante a conversa de pesquisa. Durante a conversa, que durou um pouco mais de uma hora, por vezes, tínhamos a presença do irmão, que entrou e saiu algumas vezes do espaço no qual estávamos conversando. Durante a conversa fiquei preocupada se estava falando de uma forma clara, se a pesquisadora estava podendo me entender e perguntei isso para ela algumas vezes.

Eu não sabia o que era o Acompanhamento Terapêutico antes de começar a fazer. Foi a doutora Patrícia que me encaminhou. Foram seis pessoas que me acompanharam pelo projeto da UFRGS e cada um ficou aproximadamente um ano nos acompanhando. Eles vinham em dupla

para o AT. Eu acredito que o AT do projeto foi bom. Eu e meu irmão somos muito sozinhos, então eu preciso de alguém para falar. Falar sobre minha vida, das minhas dificuldades, limitações, o que quer que seja. *Quando eles chegavam aqui, eles queriam saber um pouco da gente, né. Queriam saber como foi a vida da gente. Então eu expunha tudo, contava da minha vida. Era muito bom isso.*

Sempre fiz o AT junto do meu irmão. Às vezes ele queria falar sozinho com eles, às vezes eu queria também, mas normalmente fazíamos juntos. Eu não tenho nada a esconder do Danilo, em razão de que eu vivo com ele. Ele sabe de todos os meus problemas e eu sei os problemas dele. Então não temos nada a esconder um do outro... Às vezes dava bastante briga também. Em parte porque eu me tornei uma pessoa alterada. Então havia discussões, mas nada grave.

Eu não saía muito nos ATs, também porque eu não estava muito disposta. Só saía para ir aos piqueniques do projeto. Hoje eu fico restringida à vila aqui, não saio, assim, sabe? Aliás, disposição para falar eu tinha e bastante, mas para sair de casa, me deslocar, isso eu não tinha muita vontade. Tinha pouquíssima vontade de sair de casa. A convite da minha at eu fui ao piquenique, onde conheci as coordenadoras do projeto, de quem gostei muito. No piquenique eram pessoas que tinham acompanhamento terapêutico que iam. Teve vezes que me convidaram para ir ao piquenique, mas não fui, não estava disposta, estava meio depressiva, mas as vezes que eu fui eu gostei muito.

O que mais gosto no AT é da presença deles aqui. A presença deles é um conforto pra mim. Inclusive, quando eles não vinham a gente sentia falta. Até hoje quando estou triste, depressiva, eu vou em algum lugar e converso. Eu gostava de conversar, de expor meus problemas, minhas dificuldades. É muito bom ter o at para falar, convivo com pessoas que às vezes não tem um entendimento das minhas questões. As pessoas quando convivem no cotidiano ficam observando, analisando e também criticando. Isso é bem difícil. Mas é aquele ditado que santo de casa não faz milagre. O at sendo uma pessoa de fora pode ouvir diferente, sem te criticar, sem te julgar. Acho muito mais importante ouvir do que falar; que as pessoas parem pra te ouvir. Hoje em dia as pessoas não têm tempo pra te ouvir. No AT a gente fala, a gente desabafa. É um... é um tempo bem produtivo que a gente tem, sabe? É uma coisa que acrescenta. Acrescenta muito na vida Nas nossas vidas, que somos acompanhados, acrescenta bastante.

Uma coisa que gostava muito de fazer era o livro que a Taís trazia para a gente colorir. Um dos desenhos eu guardo até hoje aqui na porta do meu armário. Nessa época a gente passeava muito por aqui, saímos para fazer lanche, coisas assim. *Mas pra outros lugares, assim, por exemplo, centro, isso eu fazia quando eu tava na Pensão Nova Vida. Tinha psicólogas lá, que eu conseguia ir ao centro, mas acompanhada, né, porque eu não vou no centro sozinha. porque eu*

tenho pânico... Então a gente ia ao shopping, a gente ia à Casa de Cultura Mário Quintana, que eu gosto muito disso. Eu gosto de teatro, de cinema, eu sempre fui muito a cinema. Na época do AT, pelo projeto, não vivi nada de muito diferente para contar. Quando a pesquisadora perguntou se tinha alguma história do AT que queria contar, respondi que não tinha nada de especial que eu lembrasse para contar. Um tempo atrás, tive uma audiência sobre a minha curatela. Os ats que me acompanhavam foram na audiência, mas o juiz não pediu que eles falassem ou dessem algum depoimento. Eu achei estranho o juiz não pedir para eles falarem.

Não vejo uma grande diferença quando mudava os ats. As pessoas não são iguais umas as outras, mas muita diferença não existia. Vejo um pouco de diferença dependendo de onde a pessoa vem, o quanto ela pode te entender. Não é em razão de as pessoas terem formação acadêmica, sabe, que são melhores uma que vem de uma situação mais desfavorável que vai se formar. Não é em razão disso, mas são pessoas que podem ter um melhor entendimento que a gente.

O que posso te dizer é que a gente sente falta por antecipação das pessoas que vêm aqui, desde que a gente tem esse acompanhamento terapêutico. Se não vêm em um dia combinado, quando avisam que está terminando o estágio ou a residência, a gente já antecipa. A gente sente falta da conversa, sente falta da pessoa que vem aqui. Por isso também eu gosto de guardar alguma lembrança, como a bolsa que a Taís, uma das minhas ats, me trouxe da viagem que fez para Paris.

Pra mim o que muda na vida tendo um AT é a pessoa não se sentir tão só. Vejo o at com alguém que vem para te dar orientação e te ouvir. Ele ajuda a amenizar tuas dores, e por isso o AT é uma grande ajuda! Ajuda a gente a se sentir melhor. Tive situações ruins que o at me ajudou, como por exemplo, quando eu estava no supermercado e me pus a chorar. Nesse dia tive um ataque de pânico. O at falou comigo e eu fiquei mais calma.

Eu não sei se posso te dizer que a função de um at é tentar melhorar tua vida, mas pelo menos te ouvir, sabe? Porque eu acho muito importante ouvir. Até porque um acompanhante terapêutico não tem esse poder de mudar a vida das pessoas, de acabar com todos os problemas. Não é simplesmente ficar um ano aqui e depois vai estar tudo mudado. Penso que não é assim. Não foi dado esse poder para vocês. Cada pessoa reage diferente, claro, não como saber como vai ser, se com o AT ela vai ficar bem ou mal. O AT não vai solucionar teus problemas, mas pelo menos vai amenizar ameniza as tuas dores. Acho importante falar que os ats não têm o poder de mudar a vida das pessoas. Mesmo com acompanhamento médico, psiquiátrico, medicação, acompanhamento terapêutico... eu realmente tenho minhas dúvidas, às vezes, se eu vou ficar melhor. Mesmo que as pessoas se esforcem.

Hoje eu continuo com o acompanhamento do AT, só não mais pelo projeto da UFRGS. Tenho um terapeuta ocupacional que faz o Acompanhamento Terapêutico e uma psicóloga da

equipe de saúde mental do Morro Santana. Eu falo mais com o Matheus que é terapeuta ocupacional do que com a Débora que é psicóloga. Ele ouviu as coisas de mim como um psicólogo. Quando foi para trocar de at, eu sugeri para minha psiquiatra *que eu gostaria que viesse um terapeuta ocupacional*. Eu não sabia bem o que fazia um terapeuta ocupacional, mas sugeri. *E geralmente eu costumo falar mais com ele no AT, sabe?* Eles vêm uma vez por semana para o AT. Me falam que não podem estar aqui todos os dias. Sei que esse é o tempo disponível deles para vir aqui, mas seria bom ter eles mais vezes com a gente.

Agora, quando a pesquisadora perguntou sobre coisas que eu não gostava no AT, fiquei um pouco reticente, mas respondi que não havia nada que eu não gostasse. Quando ela me perguntou sobre sugestões que eu teria para quem faz AT eu fiquei um pouco constrangida, pois *é difícil de eu falar, de eu sugerir alguma coisa a um acompanhante*. Um acompanhante é um psicólogo, é formado, então fica difícil de eu falar ou que seria bom ou não.

Concordei com a pesquisadora sobre disponibilizar em texto o que conversamos. Quando ela me disse que retornaria para me mostrar a narrativa fiz questão de dizer para a pesquisadora que não eu teria a pretensão de achar que ela não entenderia as coisas que falei. Também fiquei preocupada de estar sendo repetitiva, porque eu tendo a ser repetitiva. Ao final da conversa falei que não sabia se pude acrescentar algo à pesquisa com o que contei. Quando a pesquisadora respondeu que pude contribuir eu fiquei feliz, pois esse é o objetivo dos pesquisadores, como ela mesmo disse que quer contribuir para o trabalho do AT.

ANEXO D - Convite para roda de conversa

VENHA CONVERSAR SOBRE ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO COM A GENTE!

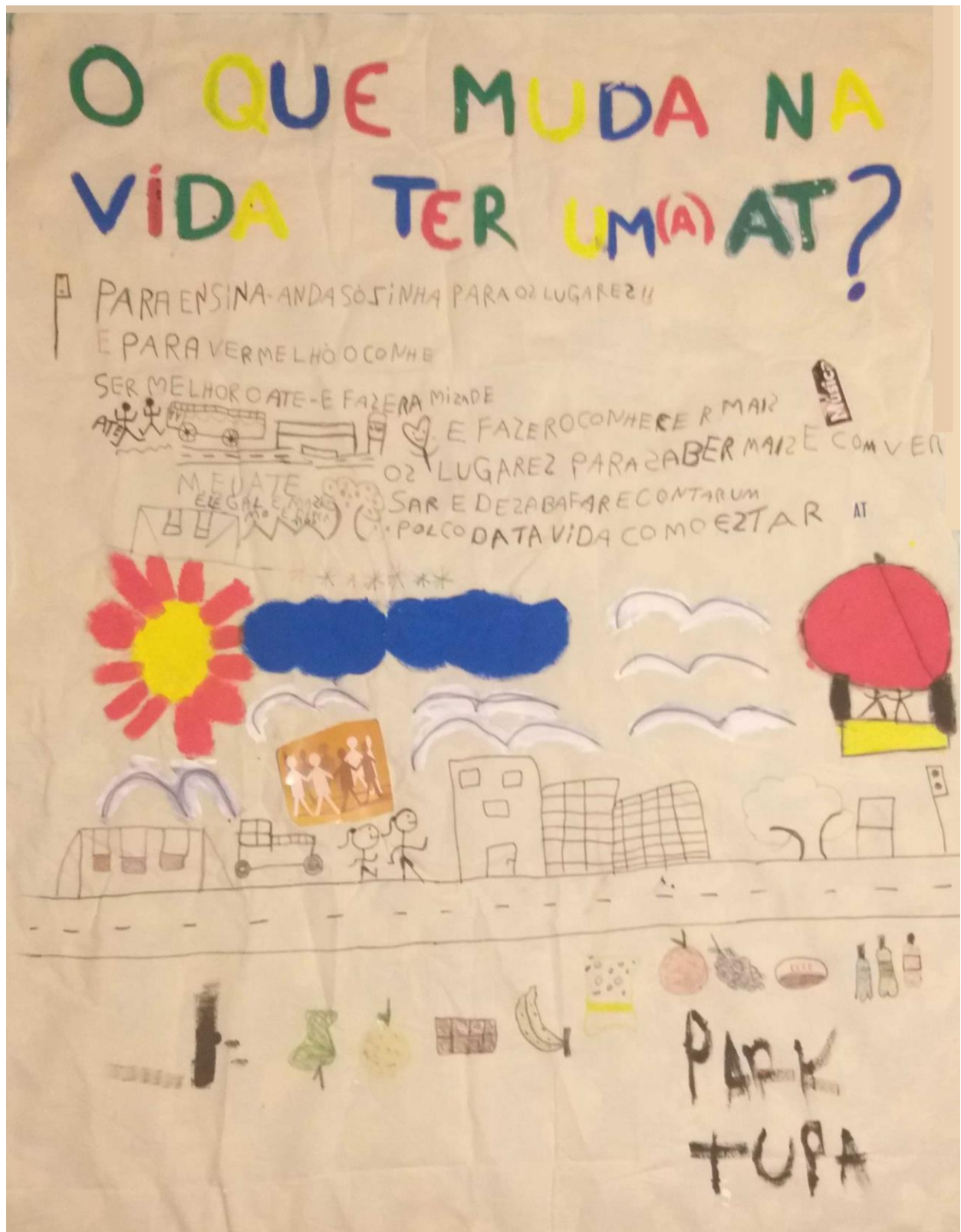


Café com
conversa
do AT

Dia 06/07, sábado, às 11 horas no Instituto de Psicologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, nº 2600 - Bairro Floresta

Para dúvidas ou mais informações sobre a roda de conversa, entre em contato
com a pesquisadora **Ana Carolina Brondani** pelo telefone: 51 3399 4444.

ANEXO E - Resultado trabalho manual sobre pano da roda de conversa



ANEXO F - Parecer Consubstanciado CEP

10.2.4. AT onde? Colocando o contexto em questão

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial

Pesquisador: Analice de Lima Palombini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10444119.2.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.374.882

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa de uma experiência de extensão universitária em curso, referente ao acompanhamento terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial. O projeto tem como campo de investigação a experiência do Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – ATnaRede - que consiste em: 1) ofertar a modalidade clínica do acompanhamento terapêutico para os serviços de saúde e da rede intersetorial; 2) formar estudantes e profissionais para o cuidado em saúde mental, territorializado e em rede, conforme aos princípios do Sistema Único de Saúde; 3) produzir conhecimento que concerne, por um lado, à experimentação e análise das redes operadoras do cuidado em saúde mental nos territórios em que atua, e, por outro, à sistematização e aperfeiçoamento do acompanhamento terapêutico como tecnologia leve de cuidado, a operar junto aos territórios de vida dos usuários, voltada ao diagnóstico (situacional), ao tratamento (psicossocial), a exercícios de cidadania e autonomia. Serão realizadas entrevistas com todos os segmentos engajados na experiência do ATna Rede: acompanhantes terapêuticos, acompanhados, trabalhadores e gestores da rede intersetorial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.374.882

Identificar, analisar e sistematizar as ações pertinentes ao Acompanhamento Terapêutico incidentes na formulação de diagnósticos situacionais e produtora de efeitos na formulação de projetos terapêuticos compartilhados em rede, no exercício de direitos e na produção de autonomia de usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde e de outras políticas públicas em interface com a saúde que configurem situações de grave sofrimento psíquico.

Objetivo Secundário:

- Construir a narrativa dos casos clínicos em acompanhamento pelo Projeto ATnaRede, mapeando as articulações na rede de atenção psicossocial e nas redes intersetoriais para elaboração de projetos terapêuticos singulares compartilhados, participação ativa do usuário(a);
- Consolidar a parceria com outros grupos de pesquisa e extensão universitária que se utilizam do dispositivo do acompanhamento terapêutico, promovendo encontros periódicos para discussão dos dados da pesquisa;
- Oferecer espaços de educação permanente às equipes de saúde e da rede intersetorial de serviços, na perspectiva do acompanhamento terapêutico como modalidade de cuidado a operar na prática cotidiana dos serviços;
- Elaborar, como produto técnico, um Guia com Orientações aos Trabalhadores e gestores, para apoiá-los na introdução do acompanhamento terapêutico como prática na relação com usuários(as) no cotidiano dos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As pesquisadoras referem que os riscos são mínimos, uma vez que se trata de pesquisa propondo-se a avaliar a experiência do acompanhamento terapêutico como dispositivo de cuidado em redes de atenção psicossocial intersetorial. Será preservado o sigilo quanto aos participantes da pesquisa. Caso algum participante sinta-se desconfortável com a narrativa construída pela pesquisa acerca de sua experiência no Projeto, as pesquisadoras comprometem-se a fazer os encaminhamentos necessários.

Benefícios:

Participando da pesquisa, os diferentes segmentos envolvidos poderão contribuir para o avanço do conhecimento referente ao acompanhamento terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial. Além disso, o desenvolvimento da pesquisa poderá propiciar momentos de reflexão a cada participante, sobre sua própria experiência nesse contexto. A escolha por não participar da pesquisa não impede a continuidade da participação no projeto de extensão, sem

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.374.882

prejuízo para os serviços da rede intersetorial e seus usuários implicados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa avaliativa de quarta-geração, de caráter qualitativo, em que as vozes dos diferentes segmentos implicados têm papel ativo. Para sua realização, serão utilizados diferentes dispositivos metodológicos como: pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; construção de narrativas; construção de casos clínicos; entrevistas cartográficas; pesquisa-apoio (método Paideia). Essa diversidade metodológica busca responder à extensão no tempo da experiência que o projeto se propõe a investigar, à pluralidade dos atores implicados e à complexidade da realidade em que essa experiência se insere e que ao mesmo tempo forja. A investigação referente à experiência acumulada nos vinte anos de oferta de acompanhamento terapêutico a usuários(as) da rede pública de serviços de saúde e intersetorial, articulada à elaboração de instrumento de transferência de conhecimento e disseminação de sua tecnologia (leve), vem ao encontro tanto daquilo que as pesquisas avaliativas dos serviços de saúde sinalizam como indicadores positivos do trabalho em saúde mental – relação com os territórios de vida dos usuários, construção em rede dos projetos terapêuticos, qualificação dos profissionais – quanto do que as equipes desses serviços e seus gestores nos demandam como modalidade de tratamento a seus usuários e educação permanente a seus trabalhadores. Sua realização configura um projeto inovador em saúde, em torno dos desdobramentos de uma tecnologia leve de cuidado conforme aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os TCLE específicos a cada um dos segmentos participantes da pesquisa (acompanhantes terapêuticos, acompanhados e trabalhadores da rede intersetorial), assim como o modelo do Termo de Concordância Institucional. Os Termos estão escritos em linguagem clara e adequada, contendo os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como as demais informações referentes ao projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto bem qualificado em todos os níveis, atendendo os requisitos éticos conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.374.882

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1255884.pdf	21/05/2019 22:16:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ATnaRedeTCLservicos2019.pdf	21/05/2019 22:15:15	Analice de Lima Palombini	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAcompanhamentoTerapeutico.pdf	21/03/2019 10:51:18	Analice de Lima Palombini	Aceito
Outros	atnaredecartapesquisadora.pdf	22/02/2019 18:40:20	Analice de Lima Palombini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	atnaredeprojeto.pdf	22/02/2019 18:20:04	Analice de Lima Palombini	Aceito
Orçamento	atnaredepesquisaorcamento.pdf	22/02/2019 18:18:46	Analice de Lima Palombini	Aceito
Cronograma	atnaredepesquisacronograma.pdf	22/02/2019 18:18:29	Analice de Lima Palombini	Aceito
Outros	compesq.png	22/02/2019 17:18:59	Analice de Lima Palombini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	atnaredetcle2019usuarios.pdf	21/02/2019 09:00:59	Analice de Lima Palombini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	atnaredetcle2019trabalhadores.pdf	21/02/2019 09:00:44	Analice de Lima Palombini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	atnaredetcle2019ats.pdf	21/02/2019 09:00:30	Analice de Lima Palombini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.374.882

PORTO ALEGRE, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Milena da Rosa Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Página 05 de 05