

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E  
EXTENSÃO – PUC-SP**

**THIAGO LEÃO VENDRAMINI**

**EXPERIÊNCIAS DE UM ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:  
REFLEXÕES E INTERSECÇÕES COM A TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL**

**ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL**

**SÃO PAULO**

**2014**

THIAGO LEÃO VENDRAMINI

**EXPERIÊNCIAS DE UM ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:  
REFLEXÕES E INTERSECÇÕES COM A TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL**

Monografia apresentada como exigência para a obtenção do título de Especialista em Terapia Familiar e de Casal do Núcleo de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Monica Haydee Galano.

SÃO PAULO

2014

## **AGRADECIMENTOS:**

Devo meus agradecimentos, em primeiro lugar, à minha família de origem que sempre forneceu os subsídios necessários para que eu pudesse realizar meus sonhos.

Sou muito grato aos meus professores que, a cada encontro, contribuíram para a ampliação do meu entendimento sobre a complexidade das relações familiares.

Sou extremamente grato às famílias e casais que compartilharam suas histórias de vida e confiaram em nossa equipe de trabalho. Cada um deles, ao seu modo, presenteou-me com um ensinamento, os quais foram fundamentais para que pudesse me tornar um terapeuta melhor.

Em especial, agradeço minha orientadora e supervisora, Monica Haydee Galano, por me guiar com muita habilidade durante o processo de elaboração e conclusão deste trabalho.

Por fim, agradeço imensamente aos profissionais da Clínica Greenwood e aos meus supervisores desta instituição. Todos, sem exceção, foram e continuam sendo essenciais para meu aprimoramento como terapeuta e acompanhante terapêutico.

*“Sejamos sensíveis ao sofrimento da família, mas implacáveis com o drama que os paralisa.” (Andolfi)*

## RESUMO

### **EXPERIÊNCIAS DE UM ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO: REFLEXÕES E INTERSECÇÕES COM A TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL**

*Thiago Leão Vendramini*

NUFAC – Núcleo de Família e Comunidade da PUC – São Paulo  
2014

Este trabalho apresenta um breve histórico sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico, seus conceitos, funções e desafios. Especificou-se as bases teóricas do pensamento sistêmico e suas raízes epistemológicas, as quais são o alicerce da prática da terapia familiar. Tendo como referência estes dois pilares do conhecimento, este trabalho tem como finalidade primordial apresentar uma série de reflexões sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico e suas intersecções com terapia de familiar e de casal. A partir de vivências pessoais como acompanhante terapêutico, atuando em conjunto com as famílias e pacientes, o autor procura rever esta prática, incluindo reflexões, críticas e questionamentos oriundos do impacto que o conteúdo didático e prático aprendido ao longo do curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal provocou na práxis do Acompanhamento Terapêutico.

**Palavras-chave:** 1.Acompanhamento Terapêutico; 2.Pensamento Sistêmico. 3.Terapia Familiar.

**Orientadora:** Monica Haydee Galano

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	7
1. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO .....	9
1.1 Histórico .....	9
1.2 A Formação do Acompanhante Terapêutico .....	12
1.3 Áreas de Atuação .....	16
1.4 Funções do Acompanhante Terapêutico .....	19
1.5 Sistematização da Prática Clínica do AT .....	23
2. PENSAMENTO SISTÊMICO – NOVO PARADIGMA .....	27
2.1 Teoria Geral dos Sistemas .....	27
2.2 Sistemas Fechados e Abertos .....	28
2.3 Novo Paradigma Sistêmico .....	31
3. DESAFIOS DO AT E INTERSECÇÕES COM A TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL .....	35
3.1 Setting.....	35
3.2 Amigo ou Profissional? Uma questão de fronteiras .....	42
3.3 Reflexões sobre a Terapia Estrutural e o AT .....	45
3.4 Acompanhamento Terapêutico e a Família .....	48
3.5 Comunicação .....	53
3.6 Ressonância .....	57
3.7 Ciclo Vital .....	61
3.8 Psicoeducação .....	63
3.9 Genograma Vivo .....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
BIBLIOGRAFIA .....	70

## INTRODUÇÃO:

A intenção primordial deste trabalho é gerar um espaço para novos questionamentos sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico sob o ótica do novo paradigma do pensamento sistêmico.

Trazer complexidade para a reflexão do papel do acompanhante terapêutico é de extrema importância para uma melhoria desta recente prática profissional. Desta forma, este trabalho terá como alicerce uma gama de experiências particulares, nas quais levantarei questionamentos sobre minha atuação e o impacto que o curso de especialização gerou em minha prática como acompanhante terapêutico.

Esta reflexão foi realizada a partir de experiências reais, nas quais atuei exclusivamente como acompanhante terapêutico.

Com efeito, com o auxílio da literatura existente e das minhas vivências como acompanhante terapêutico, busquei ampliar a compreensão sobre o papel e funções desempenhadas por este tipo de profissional. Para isso buscaremos levantar dúvidas, inquietações e reflexões sobre alguns de meus atendimentos realizados ao longo dos meus quatro anos de prática.

No primeiro capítulo será esmiuçada a estrutura da prática do trabalho de acompanhamento terapêutico. Iremos fundamentar suas bases históricas que originaram esta modalidade de trabalho, bem como os desdobramentos de seu desenvolvimento até os dias atuais. Além disso, será exposto quais são as funções que se espera do terapeuta que exerce esta modalidade de atendimento e os fatores que norteiam a indicação para este tipo específico de trabalho.

O segundo capítulo tem a finalidade oferecer um breve embasamento teórico sobre o novo paradigma sistêmico. Sublinharemos a mudança da forma linear do entendimento dos processos para uma abordagem circular. Esta atitude desencadeou uma série de implicações sobre o modo como as questões relacionais e psicológicas passaram a ser estudadas, visto que tornaram-se mais amplas e complexas a medida em que houve a inserção deste novo modelo. A partir deste

alicerce teórico, portanto, serão levantadas os questionamentos sobre o trabalho de acompanhamento terapêutico. Não somente o novo modelo de pensamento, mas também as novas linhas pós modernas também entraram nesta conversa reflexiva. Pode-se dizer que tudo aquilo que o curso de especialização forneceu como material foi levado em conta neste processo de questionamento e ampliação da prática. Embora não tenha sido viável incluir todo o aprendizado, creio que temos material suficiente para gerar discussões e questionamentos relevantes sobre o tema.

Os desafios que permeiam o trabalho de acompanhamento terapêutico e suas intersecções com a prática da terapia familiar são o destaque do terceiro capítulo. Pode-se dizer que nesta etapa o trabalho torna-se mais denso, visto que os pontos comuns entre as duas abordagens de trabalho são alinhavadas, discutidas, questionadas e aprofundadas. Para fundamentar esta discussão, são descritas algumas experiências particulares como acompanhante terapêutico. Além disso, são questionados quais seriam os conceitos da terapia familiar que poderiam auxiliar na condução dos atendimentos dentro do modelo de trabalho do acompanhamento terapêutico.

Por fim, o presente trabalho tem como meta realizar uma discussão mesclando as diferentes abordagens da terapia familiar e do trabalho de acompanhamento terapêutico afim de encontrar suas intersecções e avaliar as contribuições que o curso de terapia familiar e casal agregaram em minha prática profissional. Ademais, é trazido à luz o quanto os ensinamentos aprendidos ao longo do curso ajudaram a suavizar os desafios provenientes da modalidade de trabalho, um tanto quanto recente, denominada acompanhamento terapêutico. Neste viés, portanto, serão analisadas quais são as ferramentas que a terapia de família pode oferecer para uma melhor compreensão dos sistemas familiares que comumente os acompanhantes terapêuticos lidam em sua rotina de trabalho. Não somente estes questionamentos, mas também outras reflexões serão levantadas ao logo desta monografia.

# ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:

## 1.1 HISTÓRICO:

O embrião do trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>1</sup> desenvolveu-se juntamente como movimento da Reforma Psiquiátrica nas décadas de 50 e 60, na Itália. A ideia da abertura dos hospitais psiquiátricos através da atitude de Franco Basaglia, teve como consequência a criação de um novo modelo de tratar os pacientes intitucionalizados com patologias psiquiátricas. Dentro de suas premissas, previa-se a luta contra a institucionalização, o fim dos manicômios e do aparato manicomial, visando um tratamento de caráter multidisciplinar e capilarizado que houvesse a inclusão de diversos setores e camadas sociais, formando uma rede. (Amarante, 1994)

Partindo de um ponto vista sócio-histórico, na época da eclosão da reforma, muitos países viviam sob a influência de ditaduras militares. A reforma psiquiátrica, portanto, igualmente à outros movimentos sociais, apresentavam um caráter político, visto que combatiam a ditadura e os modelos rígidos impostos durante a década de 70. Pode-se dizer que este período foi um momento histórico de questionamentos dos paradigmas vigentes, Especificamente, no campo da saúde mental a intenção primordial da Reforma, segundo Ribeiro (2009), era a de buscar *“modelos alternativos de atenção à saúde, que questionassem o paradigma psiquiátrico e a tradição hospitalocêntrica, constituíram-se um modo de colocar em questão a ideologia tutelar e autoritária existente durante aquele período”* (p.3).

No período de transição entre as décadas de 60 e 70 teve início o trabalho de AT. O país sede desta modalidade de atendimento foi a Argentina. Segundo Kalina (1986), o AT surgiu na década de 70 como uma estratégia alternativa para o atendimento de pacientes considerados refratários aos métodos convencionais de terapia. Os pacientes que se encaixavam neste rol eram em grande parte os considerados adictos e casos de patologia psiquiátrica grave.

---

<sup>1</sup> (AT) é a sigla utilizada pelos autores para designar o trabalho de Acompanhamento Terapêutico e (*at*) para designar o acompanhante terapêutico.

Depois de anos de experiência com este perfil de pacientes, observou-se a necessidade de expandir o espaço terapêutico e evitar o que se chamou de “cliquismo”; ou seja, eleger somente o atendimento clínico e institucionalizado como opção de tratamento. O profissional, portanto, transporia o *setting* clínico e buscaria uma atuação junto ao ambiente social que este paciente está inserido, isto é: sua família, sua moradia, seus amigos, seu local de estudo e de trabalho, pois apenas dessa forma o tratamento poderia de fato englobar sua realidade e com isso apresentar maior eficácia. Embasando as últimas colocações, Santos (2006) enfatiza que:

*“O acompanhamento terapêutico tem como eixo central a não retirada do ser humano do convívio familiar e social. São os acompanhantes que buscam inserir-se nesse ambiente, junto como o paciente e sua família, procurando perceber e compreender as dificuldades que aparecem, buscando um trabalho de escuta e de estar com o paciente onde ele estiver” (p.131)*

Historicamente, a evolução conceitual do AT passou por duas etapas distintas. Num primeiro momento, o profissional que acompanhava o paciente foi denominado como “amigo qualificado”.

Ao ser entrevistado pelas autoras Mauer e Resnizky (2003), o médico psiquiatra, Eduardo Kalina, salienta que a fundamentação teórica da criação do amigo qualificado está contida nos textos de José Bleger, o qual elaborou as teorias sobre a simbiose nas relações. Segundo o entrevistado, o contexto em que o termo foi criado está descrito abaixo:

*“Nesta época estudava com especial devoção as ideias de Bleger sobre as simbioses e desimbiotização. Os pacientes que tratava padeciam de patologias graves, do tipo narcisista ... Tinha que ajudá-los a recuperar a confiança nos seres humanos e ajudá-los a crescer como pessoas” (p.111)*

Com efeito, para auxiliar estes pacientes a se relacionarem de forma saudável, teve início o trabalho destes profissionais junto à equipe terapêutica. No entanto, com o decorrer da experiência chegou-se a denominação atual de acompanhante terapêutico (**at**), a qual define que este profissional seja um psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outros profissionais ligados à área da saúde. Essa evolução deve-se, sobretudo, à necessidade de enfatizar o aspecto profissional do trabalho, evitando confundir o paciente.

O vínculo de amizade implica em uma relação simétrica, não delimitada pelo tempo; já o vínculo terapêutico com o **at**, implica que mesmo que esse profissional possa desenvolver fortes laços afetivos e de comprometimento com seu paciente, ele preserva um distanciamento crítico que o permite observar melhor o caso. Para deixar a relação dentro do âmbito profissional é ideal que o **at** tenha como retaguarda uma equipe de trabalho multidisciplinar, bem como seja remunerado pelo seu trabalho.

Enfatizamos a importância que o **at** esteja em contato com a equipe ou com outros profissionais que também acompanhem o paciente; afinal, é fundamental que haja esta troca para elaborar uma boa estratégia que atenda às necessidades tanto do paciente, quanto da família.

Inicialmente denominado de “amigo qualificado”, o **at** visava atender pacientes psiquiátricos, com histórico de fracasso em tratamentos anteriores e resistência à psicoterapia. Inicialmente feito por estudantes de medicina e psicologia, hoje já existe uma formação específica para este profissional, o qual necessita de um respaldo técnico específico.

Pelo fato da designação “amigo qualificado” dar margem a outras interpretações que pudessem não traduzir o real trabalho deste profissional, na década de 80 surgiu o nome “acompanhante terapêutico”. E este nome por fim deixava clara a sua principal função, a de acompanhar, de estar junto ao paciente.

No Brasil, o trabalho de AT é um dispositivo terapêutico pouco difundido. No entanto, consoante minha experiência prática, tenho notado que nos últimos anos houve uma maior divulgação desta modalidade de trabalho, principalmente em

instituições de saúde mental com recursos privados. Londero e cols. (2010) ressaltam também a percepção do aumento da demanda para este tipo de trabalho. Porém, uma das dificuldades desta prática é a ausência de uma formação tradicional. Além disso, estudos científicos e artigos sobre o trabalho de AT ainda são escassos, o que faz com que alguns profissionais questionem a efetividade deste trabalho. Apesar destas ressalvas, muitos profissionais da área da saúde e instituições estão incluindo esta modalidade terapêutica em seus programas de tratamento.

Na rede pública, embora de forma muito incipiente, também foi possível encontrar equipes de **ats** que fizeram parcerias com a rede pública de saúde mental. Em sua tese de doutorado, Palombini (2004) relata a experiência de um grupo de **ats** que atuaram juntamente com uma equipe de multidisciplinar na saúde pública. Ao incluir deste dispositivo teve como intenção ampliar os recursos terapêuticos para um melhor atendimento dos pacientes.

## **1.2 FORMAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:**

Para falarmos sobre a formação do **at** é necessário retornar às suas raízes históricas. Tendo em vista o caráter inicial do “amigo qualificado”, este profissional não necessariamente tinha uma formação acadêmica especializada. Geralmente eram técnicos de saúde que se dispunham a acompanhar os pacientes da instituição em que trabalhavam em atividades devidamente organizadas pela equipe clínica.

A mudança da terminologia “amigo qualificado” para acompanhante terapêutico ocorreu pelos seguintes motivos, segundo Barreto (2005):

*“Após alguns anos, observou-se que o termo acompanhante terapêutico se adequava melhor àquilo que estava sendo feito, além de evitar algumas confusões. O termo acompanhamento expressava uma função que implicava uma ação, mas a intervenção junto a um outro sujeito, sendo portanto mais adequado à tarefa que estava sendo realizada. Por outro lado, o uso da palavra “amigo” gerava confusões, na medida em que dificultava a discriminação e a caracterização do vínculo entre paciente e profissional” (p.20)*

Consoante Mauer e Resnizky (2003), a construção daquilo que é necessário para a formação do acompanhante terapêutico foi processual. Os profissionais que lapidaram o conceito estavam em busca da criação de uma formação mais completa e adequada que pudesse ter embasamento teórico-clínico. Assim, este grupo de profissionais promoveu encontros, grupos de estudo e congressos de psiquiatria, onde foram elaborando os conceitos teóricos e práticos do trabalho de AT. De acordo com os autores:

*“Já em 1986, persuadidos da importância de se dar à formação do acompanhante terapêutico o reconhecimento e estatuto acadêmico que se merece, a universidade de Buenos Aires, Faculdade de Filosofia, designou às autoras, membros da Comissão assessora para a implementação da carreira de acompanhante terapêutico (Resolução Nº1164 – Expdte. 262.457/85)” (p.48)*

A partir deste marco, tem início a formalização e reconhecimento da atuação do **at**. Com isso, a formação deste profissional passa a ser mais direcionada.

Barreto (2005) discorre que, com o aumento da demanda do trabalho de AT, sobretudo em relação à complexidade das psicopatologias que dava suporte, naturalmente houve uma necessidade de especialização deste profissional. No Brasil, principalmente no início deste dispositivo de trabalho, esta atividade era exercida principalmente por estudantes de psicologia, ciências sociais e medicina.

De acordo com Kalina (1986), os critérios fundamentais para a realização do trabalho de AT sugerem que esse profissional seja um psicólogo, psiquiatra ou

algum profissional ligado à área da saúde mental com alto grau de comprometimento, experiência e qualificação em relação às diversas psicopatologias, assim como predisposição para o trabalho em conjunto com a equipe terapêutica, facilitando a troca de informações e o alinhamento das estratégias de acordo com a situação vigente.

O trabalho de AT de fato, consoante minha vivência como **at**, demanda do profissional algumas qualidades e recursos para que haja um bom desenvolvimento do trabalho terapêutico. Ter um conhecimento teórico consistente aliado com a tecnologia das técnicas terapêuticas disponíveis um dos fatores imprescindíveis para atuar de forma adequada. No entanto, deve-se ter a capacidade de integrar o conhecimento teórico com a prática. O esquema valorativo, moral e ético também são aspectos de suma importância para o terapeuta que deseja trabalhar tanto dentro de um consultório, como fora dele. Outras qualidades que destaco são: boa comunicação, assertividade, empatia, capacidade de planejamento e organização de atividades, bem como ter a capacidade de trabalhar em equipes multidisciplinares. Por fim, um item importante que também devo salientar é que o **at** saiba circular pela cidade em que realiza seus atendimentos. Isto é importante pelo simples fato que muitos dos atendimentos ocorrem em trânsito, dentro do veículo do **at**. Estar atento em relação as atividades culturais, shows, museus, cursos, restaurantes também faz parte do currículo de um **at**, afinal, incentivar nossos pacientes a buscarem novas atividades de lazer, bem como exercer sua cidadania são aspectos ligados a este tipo de trabalho.

Londero e cols. (2010), relatam que o movimento da terapia familiar, o qual surgiu nos Estados Unidos na década de 50, também deixou uma marca no que diz respeito à formação do AT. Fundamentalmente, a partir dos estudos com pacientes esquizofrênicos e as contribuições da teoria da comunicação de Watzlawick, houve uma ampliação do arcabouço teórico dos acompanhantes, contribuindo para a melhoria da prática.

Embora muito já se tenha discutido acerca da formação do **at**, pode-se dizer que ainda não há um consenso em relação ao tema. Sobre este assunto Londero e cols. (2010) relatam que:

*“Um ponto polêmico sobre a formação do AT está relacionado ao tipo de habilidades que ele deve ter e se há algum curso universitário que supra tal demanda, lembrando que a maioria dos estudantes que exercem tal atividade é da área da saúde, incluindo Psicologia, Medicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional”. (p.11)*

Por fim, devemos nos lembrar que o **at** frequentemente está exposto em contextos permeados por desequilíbrios e perturbações emocionais. Portanto, além do profissional ter em mente que deve estar atento à sua formação teórica, o **at** também deve dar a devida importância para sua condição emocional. Para circular por ambientes degradantes e lidar com situações-limite, o profissional, portanto, deve minimamente estar estruturado e respaldado por algum supervisor ou uma equipe multidisciplinar. Afinal, lembremos que, não raro, os casos que os **ats** costumam atender são graves e geralmente nossos pacientes estão em plena crise.

Em relação aos aspectos mencionados acima, Oliveira (2006) enfatiza que:

*“O trabalho com doentes demanda muita atenção e cuidados e, em razão da impossibilidade de cuidarem de sua própria existência, é extremamente absorvente. O profissional tende a se deixar captar por esta demanda e pode perder-se de si mesmo. Assim, é fundamental que o **at** esteja realizando uma análise pessoal, bem como procure um aprofundamento teórico, que apóie sua prática clínica. Para que, assim, possa experimentar e compreender de maneira plena as possibilidades do existir humano, tanto quanto retomar sua própria integridade pessoal” (p. 132)*

### 1.3 ÁREAS DE ATUAÇÃO:

O **at** pode atuar em diversos setores da área da saúde. Como dispositivo complementar às terapias convencionais, o **at**, em linhas gerais, auxilia pacientes que estão passando por dificuldades diversas, tais como:

- Dependência Química
- Psicoses
- Depressão
- Fobias
- Transtornos de Personalidade

Além dos casos mencionados acima, há uma gama muito ampla da atuação do **at**. A indicação do trabalho irá variar de acordo com a demanda da família, da equipe ou mesmo do próprio paciente, não havendo uma regra específica.

Consoante Londero e cols (2010), nos dias atuais o AT possui diversas indicações. Sobre este aspecto os autores dizem o seguinte:

*“Atualmente, o AT é indicado em praticamente todos os quadros psiquiátricos, clientes de todas as faixas etárias, geralmente graves, e que requerem maior atenção extraconsultório. Tais quadros incluem dependência química, psicoses, transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, transtorno de personalidade, pessoas com desenvolvimento atípico, idosos com necessidades especiais, etc. (p.10)*

Para complementar o entendimento das áreas de atuação e compreender os fatores que levam os profissionais a indicarem ou prescreverem o trabalho de AT, Londero e Pacheco (2006) realizaram uma pesquisa com psicólogos e psiquiatras na cidade de Porto Alegre, RS. A conclusão deste trabalho mostrou que grande parte das indicações tinham como fundamento as limitações que estes profissionais encontravam no trabalho tradicional dentro de seus consultórios ou instituições. Neste viés, os autores ressaltam que nestas instituições de saúde mental

difícilmente encontra-se condições apropriadas para realizar algumas intervenções terapêuticas tais como a exposição a situações *in loco* ou a simples reestruturação e o reestabelecimento das atividades cotidianas dos pacientes.

Os resultados da pesquisa supracitada foram organizados na seguinte tabela por Londero e cols (2010):

Fator	Definição	Papel do at
<b>Incapacidades Funcionais</b>	É a presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades na vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-los. Dentre eles, estão incluídas as habilidades mais básicas, tais como cuidados com a higiene, autogerenciamento, autocontrole, etc.	Espera-se que o <b>at</b> , que este realize atividades com o cliente e que proporcione uma melhora de seu quadro, seja no ambiente social ou em sua casa. As intervenções devem ser direcionadas para os problemas específicos que o cliente apresenta, tais como relacionadas às incapacidades funcionais, onde se busca a autonomia e autogerenciamento da vida, sem depender para sempre de um <b>at</b> .
<b>Dificuldades da família</b>	Em casos crônicos e agudos, os familiares tendem a se expor a um aumento de estresse como resultado da frustração e sobrecarga nas atividades diárias.	Nestes casos, o <b>at</b> apresentaria uma alternativa para realizar atividades relacionadas à atenção e ao cuidado do cliente, que a família não consegue desempenhar por percebê-las incomodadas ou onerosas.
<b>Classes Diagnósticas</b>	Quadros cuja incapacidades funcionais são mais frequentes, tais como casos de transtornos de desenvolvimento, psicoses e doenças degenerativas, bem como transtornos de ansiedade e de dependência de substâncias psicoativas, onde a perda de autonomia e autocontrole podem estar presentes.	Cabe ao <b>at</b> aplicar técnicas e desenvolver programas no ambiente natural deste tipo de cliente.

<b>Internação Psiquiátrica</b>	Clientes cuja internação psiquiátrica foi prolongada, seja pelas características da psicopatologia ou das condições socioeconômicas da família. Também aplicável em casos em que os clientes não tem condições de internação, seja por motivos financeiros ou familiares. Nestes casos, estão os clientes que apresentam risco iminente de suicídio.	O <b>at</b> pode atuar monitorando o cliente em seu ambiente e orientando a família a adotar condutas apropriadas.
<b>Adesão ao tratamento</b>	É a presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades na vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-los. Dentre eles, estão incluídas as habilidades mais básicas, tais como cuidados com a higiene, autogerenciamento, autocontrole, etc.	A indicação para AT está ligada à busca do cumprimento das combinações feitas entre terapeuta e cliente, desde as de prescrição de medicação até condutas mais adequadas.
<b>Deficit no comportamento social</b>	O encaminhamento é dirigido àqueles clientes que tem um comprometimento na capacidade de relacionamento social dentro de sua comunidade, seja devido ao seu quadro sindrômico ou às limitações que este impõe.	Cabe ao <b>at</b> proporcionar ambiente ou situação adequados para o treino de habilidades sociais e exposição à situações sociais.
<b>Limites da psicoterapia</b>	Alternativa para suprir a necessidade de complementação do tratamento, em casos em que as intervenções devem ser estendidas para o ambiente natural do cliente.	A intervenção do <b>at</b> no ambiente natural do cliente pode proporcionar melhor qualidade de controle, pois o terapeuta intervém diretamente nas respostas e consequências do comportamento do sujeito (Baumgarth et al., 1999 <i>apud</i> Londero e Pacheco, 2006)

Tabela 1 – Fatores para encaminhamento para acompanhante terapêutico (p.9-10)

O resultado desta pesquisa indica que há muitos caminhos possíveis para serem trilhados no campo do AT. As indicações para este tipo de trabalho são amplas e as funções do **at** exigem do profissional um conhecimento teórico

significativo para que possa suprir as demandas mais comuns à esta modalidade de trabalho. Além disso, quanto maiores são as inserções do trabalho de AT, maior a responsabilidade, em virtude da necessidade de saber abordar temas tão diversos e complexos durante os atendimentos.

## 1.4 FUNÇÕES DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:

De acordo com Kalina (1986), faz parte do trabalho do **at** exercer as seguintes funções:

- **Contenção do paciente**

Considerada uma função básica do trabalho de AT, a contenção mencionada acima é aquela voltada para amparar o paciente tanto nos momentos de crise - onde acompanhamos o paciente em sua ansiedade, angústia, dificuldades e medos -, bem como nos bons momentos - onde o paciente encontra-se num período mais equilibrado do ponto de vista emocional.

- **Modelo de identificação**

Esta é uma tarefa de extrema importância para o progresso do trabalho terapêutico. Ao realizar saídas e circular pelos espaços fora do *setting* protegido do consultório, a dupla – **at** e paciente – em alguma etapa do trabalho, irão passar por situações nas quais serão colocadas em prática a capacidade de tomar decisões, de se relacionar com outras pessoas, de avaliar riscos, entre outros aspectos. Claramente, a forma de agir, os valores e crenças utilizadas pelo **at** para lidar com as vicissitudes diárias podem servir como um novo modelo daqueles utilizados pelo paciente, os quais muitas vezes estão adoecidos e que os fazem repetir os mesmos erros. Por exemplo, um paciente tímido que apresenta dificuldades de se relacionar com outras pessoas, pode se beneficiar ao ver como seu **at** se comunica com as

peças durante uma saída. E, caso haja alguma ressonância, o paciente pode se apropriar daquela forma, realizando uma mudança, para que num futuro próximo possa desenvolver a sua própria forma de se comunicar de uma maneira mais espontânea, gerando uma mudança mais profunda.

Sobre este aspecto ambos os lados saem ganhando, pois o paciente acaba qualificando o profissional que está ao seu lado, e o **at** terá uma maior ascendência e maiores chances de que suas orientações e tarefas sejam validadas.

- **Emprestar o Eu**

O empréstimo do Eu, nada mais é do que torna-se o ego auxiliar do paciente. Na prática isto significa que o **at** irá ajudar o paciente a tomar decisões, avaliar as opções de escolhas, planejar e organizar sua rotina, até que o mesmo crie condições para poder fazer por conta própria. Em casos de pacientes psicóticos este papel fica em maior evidência, dependendo da gravidade do caso. Desta forma, o **at**, literalmente, empresta sua força egóica, sua volição, sua consciência e discriminação para auxiliar o paciente.

- **Detectar, Reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente**

Esta função se refere ao fato de que o **at** deve estar atento em detectar as potencialidades globais do paciente. Certamente, os comportamentos desadaptativos devem ser constantemente enfraquecidos e os adaptativos, reforçados durante os encontros.

A dinâmica das atividades com o **at** geram situações em que o feedback do processo é dado no aqui e agora. Isso acaba por organizar o paciente, trazendo uma visão real e clara das vivências.

Dentro de um pensamento estratégico para reforçar comportamentos adequados, o **at** também deve propor tarefas que auxiliem o paciente, que vão de

encontro aos seus desejos e capacidades. Isso acaba empoderando o paciente a criar um repertório de comportamentos mais eficientes.

- **Informar sobre o mundo objetivo do paciente**

Ao acompanhar o paciente em sua rotina, o **at** acaba transitando pelos diversos subsistemas da vida do paciente: sua família de origem, sua família constituída, sua rede de amigos, seu trabalho, entre outros. As informações que, em geral, dentro de um ambiente mais restrito como o consultório são mais difíceis de obter com fidedignidade, ficam mais acessíveis. Caso o paciente esteja sendo atendido por outros profissionais da equipe que o acompanha, o **at** acaba por saber informações privilegiadas; afinal, ele tem acesso ao modo como as pessoas que convivem com ele o enxergam e o tratam. Para um processo terapêutico, ter o privilégio de trabalhar com estes dados, auxilia não só a equipe clínica, mas principalmente o paciente a dar passos mais largos dentro de seu tratamento.

Ao participarmos tão intimamente da rotina, o **at** pode vislumbrar ao vivo as mudanças que o paciente implementou em sua vida, por exemplo, o modo como se relaciona com os pais, com os irmão. Estas informações ajudarão a equipe ou mesmo o **at** numa avaliação das estratégias terapêuticas.

- **Representar o Terapeuta**

O **at** tem funções e papéis diferentes de um terapeuta individual, que atende o paciente em seu consultório, dentro de um *setting* organizado. Muitas vezes, os terapeutas e psiquiatras prescrevem a indicação de um trabalho de AT. Com efeito, o **at** tem como função também o de representar estes profissionais durante as horas que passa com o paciente. Isso significa que o **at** auxiliará o paciente a assimilar e reforçar as orientações de seus terapeutas, bem como de seguir com os combinados realizados no consultório. O **at**, portanto, é uma extensão da equipe que atende o paciente. Além disso, como o **at** passa muitas horas com o paciente, é importante deixar claro as fronteiras do trabalho de AT e de uma terapia;

afinal, é desgastante para ambas as partes fazer uma sessão de 5 ou 8 horas. As atividades realizadas com o **at**, embora sejam terapêuticas também, são de uma outra natureza e são organizadas de uma forma diferente.

- **Atuar como Agente Ressocializador**

Durante momentos de crise, em geral, determinados vínculos podem ser quebrados: pode se perder o trabalho, a autonomia e autoestima. Pode haver uma desconexão com o mundo que antes era conhecido. O **at**, portanto, neste contexto possui um papel importante. Será ele quem ajudará a conduzir este retorno. Promoverá, paulatinamente, o retorno do paciente para sua rotina, suas tarefas, ajudando-o a retomar aquilo que foi de alguma forma perdido. No campo da dependência química, há muitos exemplos de pacientes que, após passarem por uma internação, ao retornarem para suas atividades se utilizam do dispositivo do **at**. Nestes casos, o **at** pode auxiliar o paciente a delinear seu projeto de vida, bem como o ajudá-lo em *in loco* a colocá-lo em prática.

- **Servir como agente catalizador das relações familiares**

Pode-se dizer que, a partir da minha prática como **at**, a relação dos pacientes para com sua família, em geral, é uma fonte de inúmeros conflitos. Ao realizar trabalhos em conjunto com os familiares, um dos pontos fundamentais é o de direcionar o trabalho na tentativa de ajudar o paciente a encontrar formas saudáveis de relacionar-se com seus pares. Além disso, o **at** também tem como função amortecer as constantes projeções direcionadas para o paciente, afim de evitar grandes conflitos durante os encontros. O **at**, portanto, tem como função auxiliar o paciente a desenvolver novas formas de lidar com as dificuldades que passa em seu ambiente familiar, sejam elas quais forem. Por exemplo, o paciente que necessita tratar de um assunto financeiro delicado com seus pais, pode pedir auxílio de seu **at** para que o ajude a ser mais assertivo em suas colocações, ou mesmo dando-lhe continência caso se sinta inseguro para realizar a tarefa.

## 1.5 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DO AT:

Neste tópico teremos como base a minha prática com **at**, tanto em trabalhos ligados a uma instituição como nos atendimentos particulares. De forma resumida, irei expôr os passos fundamentais para organizar a prática do trabalho de AT.

O primeiro passo para iniciarmos um trabalho de AT é avaliarmos juntamente com o profissional que nos fez a indicação sobre a necessidade de um acompanhamento. Além disso, deve-se delinear quais seriam os fatores e as funções específicas do trabalho de AT. Deve-se desenhar uma proposta de trabalho a partir da queixa da família ou do próprio paciente. Desta forma, é indicado que esta avaliação seja feita caso a caso, priorizando as necessidades específicas e as queixas levantadas. A estratégia pode ser organizada juntamente com a equipe clínica ou algum outro profissional que realizou a indicação do trabalho de AT. Trabalhar em conjunto com outros profissionais que também acompanham o paciente em outras áreas ajudam a estruturar as intervenções e torná-las mais eficazes.

Em seguida o profissional deve realizar contato com a família ou mesmo com próprio paciente para delimitar o número encontros e horas que serão utilizadas. Nos casos em que o paciente está impedido de manter cuidados mais básicos de si em função de algum quadro psiquiátrico mais complexo ou mesmo de alguma condição física mais debilitante, o **at** deve-se reportar à família ou algum outro responsável para delimitar a frequência dos atendimentos. (Oliveira, 2006)

Na prática do AT, ao contrário de uma sessão de terapia em consultório, a quantidade do número de horas é maior e pode ser muito variável. Por exemplo, um atendimento pode acontecer durante uma saída ao teatro ou mesmo o **at** pode acompanhar um paciente numa viagem a lazer. Portanto, muitas vezes o número de horas que o terapeuta passa com seu paciente é superior às outras modalidades terapêuticas tradicionais. Isso deve ser organizado devidamente com a parte que irá contratar este serviço.

Firmado o contrato, iniciam-se os primeiros encontros, os quais tem como função estabelecer um vínculo com o paciente. A medida que os encontros vão aumentando, maior a possibilidade do **at** realizar algum tipo de intervenção com bons resultados e que o paciente aceite com poucas ressalvas as propostas de atividades ou tarefas. Quanto mais encontros paciente e **at** tiverem, maior a probabilidade de se estabelecer um vínculo mais estruturado. A transparência e clareza na comunicação tanto com o paciente quanto com a família também são fatores determinantes para a criação de um vínculo mais forte.

Londero e cols. (2010) sugerem que para a realização de um trabalho consistente, o profissional deve ter em mente que:

*“Outro aspecto importante é deixar claro para o cliente o objetivo do tratamento. Muitas vezes a recusa do trabalho do AT devido ao histórico de tratamentos anteriores, com recaídas, internações e ausência de resultados satisfatórios, o que leva o indivíduo a não acreditar que um novo trabalho possa surtir efeito. Por isso a ideia é esclarecer todas as dúvidas e diferenças existentes em relação a tratamentos anteriores”. (p.111)*

Após tomar todos os cuidados preliminares necessários, tem-se o início os atendimentos. Estes devem estar alinhados com a estratégia previamente organizada com outros profissionais que também estão envolvidos no caso. E sempre que necessário, é importante haver um espaço de encontro ou mesmo um canal que facilite a comunicação entre estes profissionais e o **at**. Todos podem se beneficiar das informações extraconsultório levantadas pelo **at**. Da mesma forma, o **at** também pode ter acesso a dados relevantes, os quais podem ser trabalhados durante uma saída ou um encontro. Contudo, quem mais se beneficia desta conduta dos profissionais é o próprio paciente; afinal, a prioridade é cuidar de sua saúde mental e buscar realizar intervenções que sejam adequadas ao seu desenvolvimento.

Em resumo, após expor alguns aspectos importantes sobre o AT, Pitiá (2005) sintetiza esta modalidade de trabalho enfatizando que:

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

O eixo que norteia esta prática fundamenta-se, portanto, na não retirada dos seres humanos de seu convívio familiar, de sua rede social ou de sua rotina. Pelo contrário, o **at** é que busca se integrar nos espaços de circulação de seus pacientes e familiares. O suporte é dado *in loco* onde quer que o paciente se encontre. Este tipo de intervenção que o **at** realiza junto com paciente em seu ambiente particular, em muitos casos, tem se mostrado eficaz no sentido em que evita internações psiquiátricas desnecessárias (Oliveira, 2006). Isto significa que, às vezes, uma simples intervenção momentânea pode mudar o rumo do tratamento; ou seja, em determinadas situações um encontro com um paciente num período que antecede uma crise, pode evitar todo o desgaste emocional e financeiro que muitas vezes é gerada por uma internação, por exemplo.

Além do que foi mencionado nos subitens anteriores, em função de minha experiência tenho a percepção que a procura pelo trabalho de AT tem aumentado significativamente nos últimos anos em função de muitos fatores, tais como:

- Processo de desinstitucionalização dos pacientes.
- Maior divulgação e produção científica sobre o tema.
- Aumento de grupos de estudos e cursos sobre o trabalho de AT.
- Maior inclusão desta modalidade de trabalho nas instituições de saúde mental e em equipes multidisciplinares.
- Crescente número de indicações por parte dos psiquiatras e psicólogos.

- Ampliação dos recursos terapêuticos frente as limitações encontradas pelo manejo clínico exclusivo em consultório ou dentro de instituições de saúde mental.
- Casos complexos exigem medidas também complexas e diversificadas, tal como a utilização do dispositivo do trabalho de AT.

Embora o trabalho de AT esteja em constante evolução, nota-se que alguns pontos ainda devem ser expandidos, tais como foram mencionados nos itens acima. Muito ainda pode ser acrescentado e mencionado sobre esta prática; porém, para os fins deste trabalho, os aspectos fundamentais foram abordados. As reflexões e as intersecções com a terapia de família será esmiuçada num capítulo posterior.

# PENSAMENTO SISTÊMICO – NOVO PARADIGAMA:

## 1.1 TEORIA GERAL DOS SISTEMAS:

O pensamento em termos de sistemas desempenha um papel importante na compreensão dos processos em geral. A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) foi desenvolvida com o intuito de dar um passo a frente em relação à forma como a ciência costumava explicar os fenômenos; ou seja, de maneira linear. As interações entre as unidades do sistema eram investigadas separadamente uma das outras. Com efeito, a TGS é considerada uma ciência geral que abarca a totalidade. E é com esta alcunha final de “totalidade” que Bertalanffy (2010) se refere a esta teoria.

A TGS pode ser considerado uma ponte para a mudança do paradigma vigente, pois seus conceitos e implicações atingiram um nível de complexidade que foi adiante em relação ao conceito linear do pensamento. Bertalanffy diz o seguinte acerca a TGS que: *“De uma maneira ou de outra, somos forçados a tratar com complexos, com “totalidades” ou “sistemas” em todos os campos do conhecimento. Isto implica uma fundamental orientação do pensamento científico”* (p.23)

Com efeito, a TGS desenvolvida pelo biólogo austríaco Karl Ludwig von Bertalanffy foi responsável por disseminar estas novas ideias para outros campos do saber, sobretudo, no campo da psicologia. A Terapia de Família e Casal tal como a conhecemos hoje, tem suas raízes fundamentadas na TGS. Neste viés, o autor considera que todo organismo é um sistema e que há uma organização dinâmica entre as partes, bem como uma interação na realização dos processos. Portanto, pode-se dizer que um sistema é um conjunto complexo de elementos que interagem entre si. A totalidade do sistema seria o resultado da soma de seus subsistemas.

Há uma enorme gama de áreas do conhecimento em que a TGS é aplicada. A TGS, primordialmente, foi utilizada para ampliar a compreensão da engenharia de sistemas, onde se buscava compreender a interação de peças de uma máquina, por exemplo. No entanto, a medida em que a teoria foi se desenvolvendo, ampliou-se o campo de sua práxis. A TGS passou a ser utilizada

nos estudos dos sistemas vivos, tais como em organizações de trabalho, biologia e psicologia.

## 1.2 SISTEMAS FECHADOS E ABERTOS:

Os sistemas denominados fechados são aqueles que não são vivos; ou seja, são sistemas que não apresentam intercâmbio com o meio ambiente, estando isolados. Máquinas e reações químicas são exemplos deste tipo de sistema. Por conseguinte, não influenciam e nem sofrem influência do meio ambiente.

Uma característica fundamental dos sistemas fechados está ligado ao conceito de entropia. Esta seria uma tendência particular deste tipo de sistema, pois a falta de trocas com meio faria com que, após um determinado crescimento, o sistema atingiria um nível máximo e entraria em colapso, conseqüentemente deteriorando até perder sua função.

Os sistemas abertos, diferentemente dos sistemas fechados, apresentam relações de intercâmbio contínua com o ambiente, trocando matéria e energia regularmente com o meio.

Tendo em vista que o interesse deste estudo diz respeito aos sistemas vivos; ou seja, aos abertos, dar-se-á ênfase não só aos conceitos chave que permeiam este tipo característico de sistema, mas também as correlações com que podem ser encontradas nos sistemas familiares. Sobre este tema, Brusca (2010) destaca as seguintes características:

**a) Globalidade:** Este conceito diz que a totalidade do sistema se comporta de forma coesa, onde tudo está interligado. Logo, se uma das partes se modifica, as outras partes também mudam de forma igual. Um exemplo prático da globalidade aplicado a um sistema familiar é quando um dos membros da família fica afastado do emprego e os outros elementos (filhos, esposa, netos), de forma direta

ou indireta, são afetados seja pela falta de dinheiro ou pelo fato que terão que se reorganizar para administrar a nova situação.

**b) Não Somatividade:** Simplesmente este conceito se refere ao fato de que os sistemas não são meramente a soma de suas partes; afinal, quando a relação entre estas partes se transforma, o funcionamento de sua totalidade também sofre mudanças.

**c) Homeostase:** É a tendência natural do sistema em manter sua estabilidade frente às mudanças. Pode se dizer, portanto, que se trata do processo de autorregulação do sistema. Traduzindo este conceito para a prática da Terapia Familiar, podemos tomar como exemplo uma família que tem como hábito em sua casa o consumo do álcool. No entanto, a partir do momento em que um membro desta família desenvolve problemas graves em decorrência do uso desta substância, a família toma a decisão de mudar seu comportamento, renunciando ao uso de álcool em casa, por exemplo. Porém, a medida que o tempo passa, esta mudança não se consolida, pois dentro deste sistema, seus membros acabam encontrando bons argumentos para não interromperem o uso de álcool e o membro com problemas volta a fazer um uso abusivo e a situação acaba por se manter como estava no início.

**d) Morfogênese:** É a capacidade de um sistema mudar em função dos eventos externos que são introduzidos nos sistemas abertos. Isso demonstra que há um potencial inato dos sistemas para efetuarem uma mudança. Isto pode ser encontrado em sua estrutura, bem como no modo como funciona. Este conceito retrata a capacidade de famílias atingirem um novo modo de funcionamento, com configurações diferentes das anteriores.

**e) Circularidade:** Este conceito se refere ao fato de que, quando há interação entre os elementos de um sistema, estes se influenciam de forma circular. Por exemplo, quando um membro de família está passando por um momento depressivo, acaba influenciando atitudes dos outros familiares que convivem com ele. E as respostas destes familiares frente a depressão também acabam influenciando na forma como ele irá reagir a esta depressão. Portanto, não há um elemento de um sistema que não seja, de alguma forma, atingido pela reação de um outro elemento pertencente ao mesmo sistema.

**f) Retro alimentação ou feedback:** Diz respeito ao funcionamento e a forma específica de como as informações circulam dentro do sistema. Estes mecanismos de *feedback* tem como função, portanto, assegurar que estas informações sejam transmitidas de forma circular para todo o sistema. Há dois tipos de *feedback*:

**Feedback Negativo:** Visa manter a homeostase do sistema. Reduz as perturbações na estrutura, procurando diminuir os desvios para que o funcionamento se mantenha em equilíbrio. Portanto, é um fator que desfavorece a mudança.

**Feedback Positivo:** Possibilita a ampliação dos desvios, favorecendo transformações e mudanças significativas no sistema.

**g) Equifinalidade:** Em linhas gerais, pode-se dizer que este conceito destaca que, ao contrário dos sistemas fechados onde as suas condições finais de funcionamento estão diretamente ligadas às circunstâncias iniciais, os sistemas abertos, tais como o familiar, apresentam um comportamento equifinal; ou seja, as condições finais deste tipo de sistema não dependem necessariamente das condições iniciais e podem funcionar de modo até independente frente elas. Neste caso, a melhor explicação para que a situação final seja diferente do esperado em relação às condições iniciais é a influência do próprio sistema. (Watzlawick, 2007)

Em termos práticos tomemos como exemplo os casos de pacientes esquizofrênicos. Nos primórdios se pensava que um único trauma fosse a razão para que os indivíduos se desenvolvessem tal patologia. No entanto, após ampliarem a discussão sobre o tema, chegaram a conclusão que poderia sim haver um trauma, mas que também a interação entre os membros do sistema familiar possuía um fator “esquizofrenizante”, criando um ambiente patológico que manteria o sintoma, independentemente do trauma inicial.

### 1.3 NOVO PARADIGMA SISTÊMICO:

Antes de prosseguirmos, é importante ressaltar que, para fins deste trabalho, não iremos fundamentar detalhadamente as bases cibernéticas e toda epistemologia relativa à construção deste novo paradigma. Simplesmente, discutiremos alguns conceitos para fundamentar as reflexões subseqüentes que serão discutidas nos próximos capítulos. Desta forma, será feita uma breve exposição sobre o tema.

A teoria dos sistemas, bem como os estudos da cibernética são os substratos que fomentaram o desenvolvimento do novo paradigma sistêmico. Além disso, a crise do modelo tradicional da produção do conhecimento também contribuiu para que este novo paradigma se consolidasse ainda mais.

Diante desta nova forma de compreender o eventos científicos, houve naturalmente uma mudança conceitual. Assim, realizou-se uma transposição do pensamento linear, analítico, cartesiano e diminuidor das complexidades para a admissão de novos pressupostos, tais como a crença na complexidade em praticamente todos os níveis da natureza; a crença na instabilidade dos processos e por fim a crença da intersubjetividade como condição para a construção de realidades. (Aun et al., 2012)

No campo específico da psicologia, a postura da ciência tradicional de validar o conhecimento e construir a realidade tem como característica, em linhas gerais, a objetivação dos problemas e das pessoas. Há uma tentativa de enquadrar os diagnósticos e uniformizar as práticas, para que estas possam ser replicadas. Esta postura vai contra o pensamento pós-moderno, visto que este paradigma busca justamente sair das rotulações e padronizações dos problemas humanos. (Grandesso, 2011).

Com efeito, este novo paradigma tinha como meta dissolver qualquer espécie de reducionismo, sobretudo passou a questionar o paradigma cartesiano – newtoniano que pregava que como máxima a racionalidade, a objetividade e a quantificação como sendo as únicas formas de se atingir o conhecimento dos fenomenos estudados.

Outro salto qualitativo que devemos destacar sobre o novo paradigma é que o pensamento linear passa ser circular. Em linhas gerais, as características sobre este aspecto podem ser melhor compreendidas, de acordo com Bruscajim (2010), na tabela abaixo:

<b>Pensamento Linear</b>	<b>Pensamento Circular</b>
a) O foco está no por que aconteceu	a) O foco é no que aconteceu e como aconteceu.
b) Parte da relação de causa ou efeito	b) Trabalha com o tipo de relação e a rede de acontecimentos.
c) Ocupa-se do conteúdo da história.	c) Volta-se a forma de relação e a rede de acontecimentos.
d) Dá importância a psicopatologia; crença em condutas normais e anormais.	d) Ressalta o contexto referencial; as crises evolutivas do desenvolvimento humano são vistas como naturais.
e) Atua com a noção de normalidade x doença	e) Trabalha com os conceitos de saúde, funcionalidade e disfuncionalidade.
f) Busca explicações e foca a compreensão.	f) Procura novas alternativas de funcionamento e foca a mudança.
g) Prioriza a comunicação lógico-verbal (idéias e pensamentos lógicos formais).	g) Usa a comunicação paradoxal, irracional, não verbal e paraverbal; inclui o corpo com suas linguagens.
h) Tem como foco as queixas, os problemas e os sintomas.	h) Foca as dificuldades (que, se mal administradas, podem se transformar em problemas).
i) Visa a manutenção do padrão infantil (dependência-independência) nas relações afetivas de poder (inclusive na relação terapêutica).	i) Visa o desenvolvimento do padrão adulto (autonomia) nas relações afetivas e de poder (inclusive na relação terapêutica).
j) Trabalha com a interpretação da resistência.	j) Faz o uso de intervenções sistêmicas: diretas, metafóricas e paradoxais.

(Bruscajim, 2010; p.52)

Neste quadro, a autora ressalta a transposição do modo de se pensar as questões terapêuticas a partir do viés sistêmico. Ela explicita de forma clara as mudanças entre o modo tradicional de construção do conhecimento; ou seja, o pensamento linear, para o pensamento circular. Esta transformação na forma de pensar gerou implicações irreversíveis no modo em que a psicologia e outras áreas do conhecimento passaram a questionar suas práticas.

No que diz respeito a aplicação do pensamento sistêmico na prática clínica ou institucional, Oliveira (2006) ressalta que: *“significa fazer uma leitura da realidade como um processo que inclui todas as partes envolvidas em constante interação e com responsabilidades compartilhadas na construção do todo”* (p.223)

Nesta colocação, pode-se entender que ao trabalharmos clinicamente sob o prisma do novo paradigma, implica em uma mudança substancial em relação às práticas do terapeuta, médico ou agente de saúde. A partir desta nova visão, o terapeuta é incluído no sistema. Sua posição como mero observador e detentor do saber é colocado em cheque, sobretudo, sua autoridade e o papel de “curador”. Sobre este aspecto, Oliveira (2003) menciona o seguinte:

*“Com a evolução do pensamento científico, desenvolveu-se a compreensão de que o observador faz parte do sistema que observa e que, portanto, a realidade é uma realidade a ser construída na relação entre eles. A realidade só existe a partir da pergunta do observador sobre ela”.* (p.65)

Ao invés de estar isento como simples observador, o psicólogo, portanto, inserido neste viés pós-moderno, torna-se um observador participante do processo e implicado no sistema.

De acordo com Grandesso (2011), o pensador que fundamenta sua análises dentro deste novo paradigma deve ter as seguintes qualidades:

*“Sem qualquer interesse na busca de leis gerais, o pensador pós-moderno coloca-se aberto para a diferença, a importância dos contextos de tempo e espaço, e, ao mesmo tempo, que valoriza o simples e o único, a complexidade é considerada. Assim, se a ênfase é colocada sobre a multiplicidade de significados e na descrença de verdades a-históricas, deixam de ter sentido quaisquer apegos a uma metodologia específica” (p.59)*

A autora destaca que, ao se pensar de forma sistêmica, deve-se levar em consideração a complexidade e as inúmeras possibilidades de significados que podem emergir em relação à um determinado fenômeno. Para isso o terapeuta deve estar aberto às diferenças e, sobretudo, atento aos diferentes contextos. Ressalta também a importância para que não se feche em determinados conceitos ou teorias, as quais podem ser prejudiciais à compreensão da totalidade do processo.

Embora muito ainda possa ser discutido em relação às bases epistemológicas que permeiam o pensamento sistêmico, bem como suas aplicações e ramificações teóricas, para os fins deste trabalho temos os substratos necessários que serão utilizados para pautar as futuras reflexões sobre o trabalho de AT e as intersecções com a prática da terapia familiar.

## **DESAFIOS DO AT E SUAS INTERSECÇÕES COM A TERAPIA FAMILIAR E DE CASAL:**

A proposta deste capítulo visa elencar as dificuldades e desafios que o trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT). Partindo dos pressupostos da literatura sobre o tema, aliada com minha perspectiva, a qual está fundamentada diretamente em minhas vivências como acompanhante terapêutico, iremos basear as subseqüentes reflexões.

Para exercer o trabalho de AT, é necessário que o terapeuta desenvolva uma série de requisitos fundamentais para que o trabalho seja realizado com qualidade e seriedade. Estas qualidades serão abordadas ao longo deste capítulo.

Antes de iniciarmos esta jornada sobre os desafios do AT e suas intersecções com a prática da Terapia Familiar, seria importante ressaltar um breve histórico particular minha prática, a qual irá fornecer o norte para delinear este capítulo em especial.

### **3.1 SETTING**

Meu primeiro contato com o trabalho de AT foi durante o curso de psicologia, durante as aulas de psicanálise. Havia uma ponte entre o profissional da faculdade e o curso de AT na instituição “A Casa”. Neste local seria possível realizar um estágio no decorrer do curso. Isto foi um dos principais motivos que me motivou, pois havia já um forte desejo de trabalhar como psicólogo já no 3ºano do curso. Em contrapartida, a medida que o professor esmiuçava as características do trabalho de AT, meu desejo foi-se esvaziando e gerando inúmeras incertezas sobre como lidaria com as situações que ele relatava.

A ideia de acompanhar alguém fora de um *setting* foi a primeira grande surpresa desta prática. Na época não tinha a noção do que significava isto na

prática, visto que não havia iniciado os atendimentos obrigatórios pela universidade. Atulamente, este é um aspecto que considero um desafio para que deseja trabalhar como acompanhante terapêutico (**at**).

A noção de *setting* utilizada na prática tradicional da psicoterapia envolve que o profissional tenha um local protegido para realizar o atendimento: uma sala aconchegante, silenciosa, uma disposição das poltronas que ao mesmo tempo aproxime e que se mantenha uma fronteira entre terapeuta e paciente, hora marcada, limitação do tempo e honorários. Contudo, em relação à limitação do tempo, deve-se fazer um adendo, pois em geral o tempo que o **at** passa com seus pacientes supera consideravelmente o tempo de um atendimento padrão num consultório. Isto ocorre em função que os atendimentos são realizados em lugares diversos, havendo maior tempo de deslocamento, bem como o **at** realiza atividades junto com seus pacientes, o que requer maior número de horas. A questão do número de horas é algo que considero também um dos desafios desta prática, a qual será discutida ao longo das reflexões.

Portanto, no trabalho de AT muitas vezes o profissional não está em sua sala de atendimento no consultório ou dentro de uma instituição, mas sim assistindo um filme no cinema, aguardando na fila de um banco, resolvendo alguma tarefa burocrática, conversando com o paciente em seu quarto, na sua casa, almoçando com sua família num restaurante, viajando para outro país, entre outros inúmeros exemplos que poderiam ser citados. De acordo com Barreto (2005), "*Habita-se e transita-se pelo espaço privado (casa do paciente) e público o tempo todo. Espaços profundamente marcados pela dimensão do lazer, do descanso e também do conflito*" (p.30).

Sobre este aspecto, acompanhar um paciente que está passando um momento de profundo de crise num ambiente em que não haja fronteiras e limites claros, pode significar, num primeiro momento, um ponto complicador para o atendimento, visto que exige do profissional uma dose maior de atenção aos estímulos externos que entram no atendimento, por exemplo: a interferência direta ou indireta de algum membro da família durante o encontro, bem como o fato de estar atendendo num local em que o significado daquele espaço é perturbador. Com

efeito, antes da realização das saídas é importante marcar encontros para compreender os locais nos quais ambos estarão circulando.

Semelhante ao atendimento relatado acima, na terapia de família, embora priorize fronteiras mais claras no que diz respeito ao *setting*, as “interferências” dos familiares ocorrem constantemente. O termo interferência foi colocado entre parênteses, pois é somente através destas chamadas “interferências” que tanto o terapeuta familiar e o **at** podem ter acesso à informações mais fidedignas sobre o padrão de relacionamento e comunicacional familiar.

Estas informações são preciosas para o trabalho terapêutico, pois ao colher um relato de um parente, pai, mãe ou colega da escola, estamos gerando a visão de pontos de vista distintos acerca da queixa. Desta forma, podemos trazer uma maior complexidade para trabalhar durante o atendimento. Portanto, embora haja dificuldades reais no que diz respeito ao manejo do atendimento quando se atende fora de um *setting*, ao mesmo tempo o **at** tem o privilégio de visualizar as situações sob uma visão calendoscópica, pois a medida que vamos ingressando nos diversos ambientes e espaços de circulação dos pacientes vamos obtendo novas imagens que compõe a totalidade do processo; ou seja, uma perspectiva sistêmica da situação. Isto, sem sombra de dúvidas, contribuí enormemente para o trabalho tanto em terapia familiar, sobretudo no trabalho de AT. Eis um experiência que exemplifica as ideias relatadas acima:

Um paciente proveniente da região norte do país, mudou-se para São Paulo para realizar um tratamento por conta do uso abusivo de álcool e outras drogas. Em uma determinada fase do tratamento, eu o acompanhei em viagem para sua cidade, onde ele estaria na companhia de sua família. Durante a viagem, a família decidiu realizar um passeio de lancha para almoçarmos num restaurante que se situava ao lado do rio. O passeio transcorreu de forma adequada até o momento em que o tempo fechou e o “marinheiro” mostrou-se inapto para conduzir a embarcação, visto que era um condutor inexperiente e que não tinha documentação para navegar. A partir deste momento, começou a aparecer a forma como cada familiar lidava com situações adversas e medo. Pode-se dizer que iniciou-se o caos, pois todos estavam muito nervosos e a única pessoa que tinha a habilidade e competência para guiar era meu paciente. No entanto, ele seria a pessoa menos

indicada visto o momento emocional conturbado que passava por conta de sua internação. Estar no papel de **at** foi extremamente difícil, pois a interferência do ambiente externo gerou uma situação verdadeiramente caótica. Além de ter que dar suporte para meu paciente, de um momento para o outro, acabei me tornando a referência para todo o resto da família; afinal, popularmente o psicólogo sabe como manejar emocionalmente situações difíceis e todos solicitavam minha ajuda ao mesmo tempo. Para completar o quadro deste atendimento, a mãe do paciente entrou numa crise de pânico e começou a gritar e ameaçar se jogar da lancha para ir nadando até a praia mais próxima. Após alguns longos minutos, conseguimos retornar ao canal do rio que havíamos nos perdido e a situação voltou a sua normalidade.

Esta experiência mostra o quanto pode ser complicado não trabalharmos dentro de um *setting* adequado. Embora, a ausência de um espaço protegido tenha proporcionado ao terapeuta assistir de camarote o quanto sua mãe perdia o controle frente à fobias estressantes, ao mesmo tempo foi uma situação muito desgastante para o **at**.

Londero e cols. (2010) corroboram os eventos acima e dizem o seguinte:

*“A prática clínica, quando aplicada em um ambiente extraconsultório, tem também as suas peculiaridades. O profissional, outrora protegido pela privacidade do consultório, encontra-se agora em um ambiente mais complexo, no qual está exposto a uma variedade de riscos e desafios. Para isso, suas habilidades de intervenções de natureza verbal, ainda necessárias, devem ser complementadas por um repertório amplo e flexível de estratégias clínicas. (p.19)*

Um dos aspectos que os autores acima destacam é que atender num ambiente extraconsultório, embora por um lado traga maiores desafios, por outro gera uma visão mais complexa do processo. Dentro do novo paradigma do pensamento sistêmico, um dos pressupostos de maior valia é analisar as situações sob a ótica da complexidade. Isso significa sair do caminho do pensamento linear, da simplicidade. Consoante Vasconcellos (2010), relata que devemos reconhecer que *“... a simplificação obscurece as inter-relações de fato existentes entre todos os fenômenos do universo e de que é imprescindível ver e lidar com a complexidade do*

*mundo em todos os seus níveis*". (p.101). Portanto, acredito que o trabalho de AT traga maior complexidade ao entendimento dos fenômenos, visto que ao atendermos num ambiente permeado por inúmeros estímulos previsíveis e imprevisíveis, obtemos novas visões e ampliamos nossa compreensão das dificuldades pela quais nossos pacientes estão passando.

Do ponto de vista sistêmico, a vivência do **at** na experiência mencionada acima mostra que a falta de controle não está somente presente no paciente identificado, que foi internado por perder o controle frente ao uso de drogas, mas que esta falta de controle emocional permeia também outros membros da família de formas semelhantes.

Para complementar a questão do desafio do **at** em relação ao atendimento em situações pouco protegidas, abaixo segue o relato de outra experiência que tive quando trabalhei numa instituição que atendia pessoas com necessidades especiais, em Portugal.

Este relato tem como pano de fundo um passeio realizado para as Ilhas da Berlengas, durante as férias de verão em Peniche - Portugal. O grupo desta viagem era composto por sete pacientes que residem numa mesma comunidade terapêutica e três **ats**, sendo duas mulheres e um homem.

Em Peniche, propusemos aos pacientes a possibilidade de fazermos um passeio de barco. Todos, sem exceção, gostaram da idéia. Assim, decidimos realizar este passeio à bela Ilha das Berlengas.

Ao chegarmos ao píer, compramos os bilhetes. O dia estava muito agradável, ensolarado, com pouco vento. Enfim, todos os fatores indicavam que nosso passeio seria inesquecível.

Logo que adentramos no barco, um senhor passou a distribuir sacos plásticos para os passageiros. Acreditei que o motivo pelo qual os sacos estavam sendo entregues se tratava de algum tipo de política de preservação da ilha, do gênero "jogue lixo no lixo". No entanto, estava completamente enganado.

Finalmente zarpamos. Já nos primeiros cinco minutos de viagem, alguns passageiros começaram a entrar em pânico e muitos já haviam passado mal, ou

seja, vomitado em seus sacos plásticos. Este desespero generalizado tinha como causa dois motivos: o primeiro - e principal - era que a embarcação estava navegando contra as ondas, que por sinal estavam enormes. Na medida em que o barco cruzava uma onda, ele despencava alguns metros e chocando-se com grande impacto contra a água. Podíamos ouvir o barulho do motor girando em vão, pois o barco literalmente “voava”. Além disso, para completar, as pessoas começaram a passar muito mal por conta deste balançar constante e intenso da embarcação.

O caos havia se instalado já nos primeiros quinze minutos de uma viagem que duraria cerca de uma hora e meia. Logo no início da confusão - com direito a gritos, choradeiras e rezas entre os vários passageiros - os primeiros pacientes a entraram também em desespero em consonância com o grupo foram M. e T. que apresentam um quadro de histeria. O medo estava estampado em seus olhares. Havia também outra paciente estava praticamente desmaiada de tanto vomitar ao lado de uma **at**.

Para resumir a situação, as duas outras **ats** passaram muito mal e não estavam mais em condições de ser acompanhar ninguém. Num momento de desespero, uma das **ats** repetia que: “Se isso afundar, não salvo ninguém, só salvo a mim mesma!... Ai, meu Deus!”. Um paciente que estava ao lado desta **at**, J., que além de ser praticamente cego, apresenta um quadro de ecolalia, rebatia o comentário da **at** sempre com a mesma frase: “Eu também não salvo ninguém. Não sou médico! Salvar é para os médicos!”.

Com efeito, em apenas vinte minutos de viagem tornei-me o único **at** que ainda estava em condições físicas para dar algum tipo de suporte para aquele grupo. Somente J. não havia passado mal, mas todo o resto, inclusive as **ats** estavam completamente debilitadas e com medo. Para piorar a situação, frente ao desespero delas, as **ats** pediam ao mesmo tempo para que eu ficasse com elas, sobretudo para que eu fizesse alguma coisa, pois estavam com medo.

Frente a esta situação desoladora e sendo responsável por todos aqueles pacientes, de fato precisava tomar alguma atitude. De alguma forma precisava acalmar-me, pois estava nervoso e inseguro. O receio de que a embarcação pudesse afundar era real. Desta forma, tomei a decisão de falar com o capitão, pois precisava saber o que realmente estava acontecendo; precisava olhar para o

capitão, perceber se ele também demonstraria insegurança. Apesar de ser difícil deixar todo o grupo de lado, fui à procura da cabine do capitão. Ao chegar à sua cabine, expliquei-lhe o motivo pelo qual estava lá; ou seja, que estava acompanhando um grupo de pacientes e que estava preocupado com a situação. O capitão deu uma bela risada, digna de um velho marinheiro e disse-me que não havia motivo algum para me preocupar, pois quando o mar está um pouco mexido é assim mesmo. Percebendo meu sotaque brasileiro, completou que eu deveria me preocupar mais com a criminalidade do meu país do que com àquele trecho marítimo que liga o continente Português às Berlengas, afinal ele por lá navegava há mais de quinze anos.

Com efeito, ao perceber que o capitão estava tranqüilo e que aquela situação, apesar de parecer assustadora, não era assim tão crítica quanto imaginava, pude reestabelecer-me como indivíduo, para em seguida ocupar o lugar de **at** novamente. Portanto, ao perceber que o capitão transparecia tranqüilidade, reestruturei-me internamente a ponto de poder colocar-me no lugar de alguém que pôde novamente oferecer continência, dar segurança e o apoio necessário não só para os pacientes, bem como para minhas colegas de trabalho.

Sobre os exemplos citados acima, quando o contexto de atuação do **at** é aberto, ele está literalmente ao sabor dos ventos. De acordo com Londero e cols. (2010): *“O ambiente extraconsultório é um contexto rico em oportunidades de intervenção, as quais se apresentam nas situações mais diversas e inusitadas, o que em muito casos foje do planejamento prévio delineado pelo profissional”* (p.20).

Quando há, portanto, restrições contextuais durante um atendimento, estas podem trazer benefícios ao terapeuta. Sobre este aspecto, Minuchin (1990) salienta que quando um terapeuta está num contexto mais protegido, mesmo as intervenções consideradas ineficazes não conseguem angariar forças para que a situação se tornasse mais destrutiva ou mesmo caótica, pois estas medidas estão transcorrendo dentro de um espaço protegido.

### 3.2 AMIGO OU PROFISSIONAL? UMA QUESTÃO DE FRONTEIRAS:

Como já foi mencionado no capítulo anterior, no decorrer da história da prática do AT houve uma mudança em relação ao nome que era dado ao profissional que acompanhava os paciente. Inicialmente, os **ats** eram chamados de “amigos qualificados”. Embora esta terminologia tenha se transformado, gostaria de colocar este tema sob a luz da complexidade, pois é um desafio com o qual, frequentemente, me deparo em minha prática.

Um dos fatores que atribuo ao fato dos pacientes considerarem seus respectivos **ats** meros amigos qualificados tem fundamento. A quantidade de horas, a proximidade com a família e amigos do paciente e, sobretudo, ter acesso aos lugares mais íntimos e secretos dos pacientes, podem gerar uma certa confusão. Já perdi a conta de quantos pacientes me apresentaram como seus amigos em eventos sociais. No entanto, vale ressaltar que muitos destes, por conta da dificuldade de relatar aos outros o fato de estar sendo acompanhado por um profissional, optam por nos apresentar como amigos. Isto é um fato. Em verdade, de acordo com minha experiência, boa parcela destes pacientes que nos apresentam como amigos, entendem que existe uma fronteira e não há mistura de papéis.

Santos (2006), descreve uma possível versão sobre os motivos de como o **at** pode diminuir sua capacidade terapêutica, tornando-se então um amigo. Eis sua colocação: “*O acompanhante é alguém quem cuida, que está lado a lado, que ajuda e que transmuta para poder habitar mundos inacessíveis, e nesta batalha torna-se amigo*” (p.23).

Pode-se dizer que as fronteiras que separam a prática de algumas atividade do AT com práticas que um amigo realizaria são tênues. Sobre este aspecto citarei uma experiência recente:

Tive a experiência de acompanhar um paciente que apresenta dificuldades de se relacionar com as pessoas em geral, em especial com mulheres. Seguindo a prescrição de seu psiquiatra, buscou iniciar o trabalho de AT, pois gostaria de conhecer mulheres, bem como praticar habilidades sociais, visto que

passou anos de sua vida sem motivação para sair, ficando recluso ao ambiente de trabalho e aos finais de semanas jogando vídeo game em casa.

Logo, o trabalho com este paciente consistia em realizar saídas para “pubs”, bares e locais onde houvessem atividades propícias para interações, tendo como intuito conhecer pessoas e praticar suas habilidades sociais. No entanto, trabalhos deste tipo podem gerar uma certa confusão de papéis. A proximidade criada pelo contexto – ajudá-lo a interagir num ambiente social – facilita a quebra de algumas fronteiras, as quais são mais preservadas num trabalho clínico dentro dos moldes mais tradicionais. Além da vulnerabilidade do *setting*, há naturalmente uma maior proximidade. O **at**, portanto, deve estar atento à estas questões. Estar próximo e ao mesmo tempo exercer as fronteiras terapêuticas é uma tarefa que exige uma constante atenção.

Outro exemplo interessante segue abaixo:

Durante um final de semana próximo à festa de reveillon, acompanhei uma paciente na casa de praia de sua família. Como seria sua primeira comemoração de final de ano após um período de internação, a equipe que a acompanhava prescreveu que o **at** a acompanhasse durante um determinado período antes das festividades.

Ao chegar na casa de praia, havia muitas familiares e agregados. A casa, portanto, estava cheia: tios, tias, primos e primas, sobrinhos, netos, avós, entre outros. Todos foram muito simpáticos e, naturalmente, fui englobado pelo sistema familiar.

A medida que o tempo foi passando, as fronteiras entre os papéis do terapeuta e pessoal vão se esvaindo. A família parece “esquecer” que o **at** é um profissional que esta acompanhando um paciente. Com efeito, percebo que quanto mais tempo o terapeuta estiver num contexto familiar tão íntimo, maior será a chance dos papéis se misturarem. Tanto é verdade que no dia seguinte minha paciente sugeriu apresentar sua prima para mim; afinal, segundo ela, tínhamos muito em comum e ela iria torcer que que ficássemos juntos.

Esta experiência fica mais interessante, pois em nenhum outro momento de nossa história de atendimento havíamos passado tanto tempo juntos. Além disso,

os locais de atendimento sempre foram mais neutros: shoppings e restaurantes. No entanto, a partir do momento em que as fronteiras perdem suas forças, este tipo de confusão podem ocorrer com facilidade, cabendo ao **at** reforçar seu papel.

Embora saibamos o quanto uma proximidade extrema possa ser prejudicial para o desenrolar do processo terapêutico, Santos (2006) enfatiza que a amizade é terapêutica em si e pode beneficiar o tratamento. Em contrapartida, ressalta as dificuldades do terapeuta se tornar um “igual” perante ao paciente que atende.

Em relação a este tema, o qual considero extremamente pertinente para os profissionais que atuam como **ats**, o autor supracitado discute alguns pontos chave sobre a temática da amizade em relação ao atendimento específico de pacientes dependêntes químicos e *Bordelines*:

*“Esses novos pacientes da saúde mental são os mimados, os infanto-déspotas, os que rodopiam em torno do buraco negro da droga e exigem dos Acompanhantes Terapêuticos novas estratégias de intervenção... Muitos desses pacientes só se tratam depois de algum encontro, algum confronto, alguma forma concreta e forte de afecção vão considerando o acompanhante uma amigo. De fato, há uma série de pacientes que não se conformam aos protocolos clínicos tradicionais. Bordelines e drogadictos somente são alcançados, e mesmo assim de forma efêmera, quando o terapeuta se torna um amigo... Mas pelo fato de o acompanhante ser um amigo, num determinado momento o terapeuta “torna-se um igual”, que satisfaz e reforça a demanda narcísica do paciente. Eis o paradoxo que domina a relação de amigo” (p.22).*

Ainda sobre o conceito de amizade no âmbito terapêutico, Santos (2006) ressalta que:

*“O amigo terapêutico, e aqui queremos afirmar que a amizade é terapêutica, é um aliado para a vida, ou melhor, para a produção de um modo de vida livre, que busca fugir da subjetividade escravizante da pós-modernidade, viável e capaz de sobreviver às interpéries da subjetividade capitalística... O amigo que faz o curto-circuito terapêutico é um tipo de amigo sem separação, sem distância e sem sustentação ética. É uma forma de fracasso.” (p.22)*

Em relação às citações acima, podemos compreender que há, portanto, a dois tipos de amizade distintas destacadas pelo autor: uma terapêutica e outra que está longe de ter algum sucesso neste âmbito, visto que não se toma os cuidados necessários para que haja um distanciamento capaz de estabelecer sequer uma fronteira tênue, a qual auxilia que o terapeuta não se torne um “igual.

Para momentaneamente encerrarmos este tópico sobre o tema da amizade e seu caráter terapêutico, Santos (2006) menciona as seguintes palavras:

*“A amizade é a afeição que pode furar o cerco das separações, das cisões que sustentam o muro e justificam o fracasso da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia... A amizade, mesmo quando se trate de um trabalho, se alcança somente em casos bem-sucedidos, absolutamente singulares, em verdadeiros acontecimentos terapêuticos” (p.24)*

### 3.3 REFLEXÕES SOBRE A TERAPIA ESTRUTURAL E O AT:

Em ambas as situações mencionadas acima, pode-se dizer que, para realizar um trabalho adequado, o trabalho de AT pode se amparar nas premissas da terapia familiar estrutural, que diz que *“os sistemas familiares devem ser suficientemente estáveis para assegurar continuidade, mas flexíveis o bastante para se acomodar com as circunstâncias em mudança”* (Nichols & Schwartz, 1998. p.194). Esta citação nos remete à seguinte reflexão: o **at** tal como um membro do sistema familiar, deve procurar se manter dentro de seu papel profissional para que seja possível intervenções terapêuticas de qualidade. O vínculo terapêutico tornar-se-á mais forte à medida em que o paciente sente que há limites claros entre os papéis desempenhados pelo **at**. Da mesma forma é de suma importância que também haja uma dose de flexibilidade para lidar com as mudanças de contexto. O **at** não pode se portar da mesma maneira frente à contextos de atendimentos diferentes.

No contexto da terapia familiar, Minuchin & Fishman (1990) ressaltam que estabelecimento de fronteiras deve ser feito com cautela, pois dependendo da forma como esta é colocada, pode gerar um distanciamento psicológico e afetivo entre o terapeuta e a família. Transpondo esta colocação para o trabalho de AT, este aspecto deve ser levado sempre em consideração, pois o **at** em muitas situações deve estabelecer as fronteiras que delimitam a diferença entre uma amizade e um trabalho terapêutico. Logo, os **ats** invariavelmente estão sendo convocados para reforçar estas fronteiras. E, conforme já foi salientado, caso isto seja feito de forma inadequada, pode colocar em cheque a qualidade do vínculo.

Da mesma forma que devemos estar preparados para fixar os limites de nossa atuação como profissional, durante os atendimentos em que o **at** se encontra com a família, este acaba tendo o privilégio de ver em *in loco* como se estrutura a família de seu paciente. Contudo, deve-se lembrar que também há fronteiras entre ser **at** e um terapeuta de família; ou seja, o **at** não pode fazer intervenções com a família, pois estaria invadindo um espaço designado à terapia de família. Ao invés de atuar de forma diretiva, como um terapeuta de família poderia fazê-lo, o **at** simplesmente pode agregar suas observações e utilizar os ensinamentos da análise estrutural da família para ter maior clareza das diretrizes que irá tomar no decorrer dos atendimentos com a família.

Sobre este aspecto do olhar do terapeuta para a estrutura familiar, Minuchin & Fishman (1990) enfatizam que:

*“Muitas vezes o modo como os membros da família se sentam no consultório é um indicador de aliança entre eles. Este é um indicador suave, que o terapeuta deve aceitar somente como uma primeira impressão que deve ser investigada, corroborada ou recusada. O terapeuta vai monitorar indicadores espaciais e uma variedade de outros. Quando um membro da família está falando, o terapeuta observa quem interrompe ou completa a informação, quem proporciona confirmação e quem ajuda. Estes são, novamente, dados suaves, porém, proporcionam ao terapeuta um mapa experimental de quem é próximo a quem, quais são as alianças, as coalizões, e díades ou tríades excessivamente envolvidas quais padrões expressam e apóiam a estrutura. Pode utilizar também constructos cognitivos ou manobras concretas para criar novas fronteiras. (p.145)*

Esta observação é de extrema importância para a compreensão das dinâmicas relacionais familiares e suas fronteiras. O **at**, pode utilizar este prisma estrutural para identificar e monitorar as decorrências da forma como o sistema familiar se organiza. Com efeito, o profissional, caso trabalhe juntamente com uma equipe multidisciplinar pode repassar a sua leitura estrutural para o restante da equipe afim de ampliar a compreensão e alinhar de forma mais precisa as intervenções e estratégias subsequêntes. Embora a função do **at**, não seja a de realizar intervenções diretas com a família, visto que o papel que desempenha é de natureza distinta, creio que em situações *in loco*, diferentemente das sessões de terapia familiar, o **at** tem o privilégio de ver ao com maior definição e nitidez como se estruturam as relações; afinal, passamos muitas horas ao lado de nossos pacientes e da família. É como se estivéssemos participando do documentário de vida daquela família e pudessemos vivenciar as cenas por diversas vezes e de ângulos completamente distintos.

O terapeuta familiar, portanto, pode-se beneficiar destas informações e vivências extraconsultório. E ao unir os dados levantados pelo **at** aliados com sua avaliação, poderá “atacar” como maior precisão a homeostase existente dentro do sistema afim de provocar mudanças. Sampaio e Gameiro (1987) complementam que:

*“Destes dados o terapeuta seleciona os que são relevantes para a mudança e organizá-os à volta de um tema que lhes dá um novo significado e que permite centrar a sua intervenção. Por outro lado deve apoiar a família pela intensidade de sua mensagem terapêutica, enquanto ao mesmo tempo ataca o sintoma e a posição do paciente identificado” (p.89)*

Este tipo de atitude, logicamente somente fará sentido para um terapeuta familiar que tenha como premissas o modo estrutural ou estratégico de atuar.

### 3.4 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E FAMÍLIA:

Muito já se escreveu e estudou sobre as implicações da família no desenvolvimento humano. Sabemos que a família desempenha papéis e funções de extrema importância na vida de todos. Além destas qualificações, ela é considerada um microsistema social, em função de ser nosso primeiro modelo de convívio em sociedade e se relacionar com outros seres humanos.

Atualmente o conceito de família possui muitas conotações, os autores Sayão e Aquino (2011), explicitaram este conceito tão complexo da seguinte maneira:

*“Família é o conceito que designa o grupo de pessoas associadas por relações de consanguinidade ou aliança, as quais podem viver sob o mesmo teto, ou não. Trata-se tanto da sucessão de indivíduos vivos num determinado momento que mantêm entre si tais relações, quanto do conjunto de entes que têm uma ancestralidade comum, incluindo aqueles que a ela se agregaram, seja de modo perpétuo ou temporário. Mais recentemente, tem designado o grupo de parentes – sobretudo pai, mãe e filhos – constituído por laços de casamento e filiação ou, excepcionalmente, adoção. Em sentido genérico, refere-se à soma de pessoas unidas por características, convicções ou interesses semelhantes, o que acaba gerando, em cada um dos seus integrantes, o sentido de pertença àquele grupo exclusivo” (p.9)*

Segundo os autores, o entendimento do que seria “família” é muito amplo. Inúmeras são as possibilidades e configurações deste grupo de pessoas que se unem e se denominam como “família”. Além disso, é importante ressaltar que, independentemente da amplitude que este conceito abarca, atualmente as famílias também estão passando por transformações significativas, tais como: divórcios, famílias monoparentais, recasamentos, famílias homossexuais, entre outros. Apesar de tantas transformações, alguns pontos essenciais permanecem intactos; afinal, é na convivência familiar que temos a oportunidade de termos grandes aprendizagens.

A interação familiar ao mesmo tempo em que nos impõe limitações também nos impulsiona para nosso pleno desenvolvimento. E através dela

estruturamos nossa linguagem e nossa forma peculiar de se relacionar com o restante do mundo.

Como já foi mencionado anteriormente, o **at**, em muitos casos, realiza atividades em conjunto com a família. Estas podem ocorrer dentro da casa do paciente, bem como em ambientes diversos, tais como: restaurantes, festas, shoppings, entre outros. Desta forma, é imprescindível para o profissional ter o conhecimento mínimo do funcionamento familiar para que possa realizar intervenções adequadas, bem como avaliar como irá transitar dentro de cada sistema familiar em particular. Em relação a este aspecto, Londero e cols. salientam que é “... *necessário conhecer e refletir sobre a estrutura familiar para compreender cada situação clínica, tendo em vista que isso permitirá encontrar recursos para orientar-se em relação à este sistema.* (p.67). Santos (2006) ressalta que o **at** tem o privilégio de ter uma visão mais ampla do sistema familiar em função da forma como é realizada esta prática. Este olhar diferenciado ajuda o profissional a realizar um encaminhamento clínico mais preciso para o paciente.

Em linhas gerais, a inserção do trabalho de AT ocorre em função de que algo não vai bem dentro do sistema familiar. Contudo, devemos nos recordar que o **at** não é designado para tratar da família.

Embora a função do **at** não seja a de realizar sessões de terapia familiar, muitas vezes este pode orientar a família. Sobre esta questão, Santos (2006) diz que:

*“trabalhar com os pais é fundamental para sensibilizá-los quanto ao olhar e à atitude que mantém com seus filhos, o que muitas vezes não é claro para eles próprios. Sendo assim, indico a necessidade de a família realizar um trabalho de terapia familiar. Às vezes, por se tratar de famílias muito desestruturadas, eu mesmo inicio um trabalho, a que chamo orientação familiar, o qual desenvolvo paralelamente ao acompanhamento do paciente. (p.130)*

Dentro do modelo sistêmico podemos dizer que, via de regra, o atendimento é solicitado para auxiliar algum membro da família que é considerado “doente”, “problemático” e que de alguma forma está tendo prejuízos em diversos

níveis. Aqui é onde o **at** deve tomar muito cuidado. A cautela que o profissional deve ter neste contexto é a de que a família, em algum momento do tratamento, poderá de fato “convencer” o profissional de que o problema de fato pertence somente ao paciente que esta sendo acompanhado. Contudo, o **at** que possui o conhecimento das teorias interacionais e as aplica em seus atendimento poderá avaliar esta situação de forma mais ampla e real.

Sobre a importância do conhecimento sistêmico e sua aplicação no atendimento de famílias, Kalina (2001) salienta que:

*“A abordagem sistêmica passou então a centrar nossa atenção e converteu-se em um instrumento de trabalho de crescente importância teórico-clínica, devido ao fato de que nos permitiu investigar as complexidades dos vínculos familiares e as possibilidades terapêuticas dos mesmos, com um grau de êxito muito maior do que havíamos obtido mediante a teoria e a técnica psicanalíticas” (p.55)*

Em relação a este aspecto, a terapia familiar compreende que o paciente que chega ao consultório com algum tipo de problema, nada mais é do que o porta voz de alguma disfuncionalidade mais ampla, disseminada por todo o sistema. Assim, o termo escolhido para designar esta condição foi o de “paciente identificado”. Sobre esta questão, Gomes (1987) ressalta que:

*“... o elemento “enfermo” na verdade é apenas um representante de uma dor maior que é a agonia de todo um sistema que sofre. O “enfermo” é apenas um sintoma de que algo não anda bem no sistema. Ele é um pedido de socorro, o SOS do grupo, sua linguagem, o porta voz”. (pp.19 e 20)*

Neste visão, portanto, a patologia vai além do indivíduo. Ela está distribuída entre todos os membro da família. Com efeito, a “enfermidade” se manifesta no sistema através do comprometimento da qualidade das relações e dos vínculos. Logo, ao adentrar no sistema o **at** deve levar, sem sombra de dúvidas, estes aspectos em consideração.

Levando-se em conta que uma das características fundamentais dos sistemas é a circularidade, entende-se que a patologia de algum membro da família não só afeta o indivíduo “doente”, mas também todos os membros deste sistema são, de alguma forma, afetados pela dor que o paciente identificado padece. A título de exemplo, Gomes (1987) diz que: “*da mesma forma que a dor de um dedo do nosso corpo é sentida por todo nosso ser, o sofrer de um elemento do grupo é sentido coletivamente.*” (p.19)

A grosso modo, pode-se concluir que o paciente identificado, portanto, é aquele indivíduo que está fadado a carregar em suas costas a disfuncionalidade de toda a família. No entanto, estar nesta posição, de fato, pode ser muito perigoso para nossos pacientes, visto que dependendo da patologia, estar neste papel pode ser fatal. Portanto, o **at** que irá transitar nos espaços íntimos do sistema familiar, deve sempre questionar os seguintes pontos: qual é o papel que seu paciente desempenha na família? Que papel o grupo familiar deseja que ele represente? Qual o significado da doença para cada um dos membros? Quais são os desdobramentos da patologia na vida de cada um dos membros? E por fim, o que de fato podemos fazer efetivamente para auxiliar nosso paciente? Mencionei a preocupação com nosso paciente, pois a função do trabalho de AT nestes casos não é a de trabalhar diretamente com o sistema como um todo. Porém, deve-se levar em consideração este conhecimento para que possamos realizar um trabalho de qualidade e com consistência, empoderando nosso paciente a se estruturar e se fortalecer frente às dificuldades relacionais que ocorrem em seu respectivo sistema familiar. Assim, de forma circular esta nova atitude do paciente possa transformar algo no modo como o sistema irá se relacionar.

Com efeito, levando em consideração estes conceitos e conscientes do fato que os indivíduos se desenvolvem dentro de um contexto familiar, o **at**, para compreender com maior clareza as sutilezas dos processos deve levar em conta que não se pode enquadrar a patologia psíquica exclusivamente dentro do plano individual, mas sim familiar. Para isso, o profissional deve estar atento ao contexto no qual se manifestam as interações e os vínculos familiares. (Londero e cols., 2010).

Frequentemente encontramos a presença do “paciente identificado” em famílias onde há um dependente químico, por exemplo. Nesta situação, em geral, o paciente que faz uso abusivo de substâncias psicoativas é visto como sendo o “problema” da família. No entanto, segundo a teoria sistêmica a dependência química é considerada a expressão de um sintoma, o qual possui uma função específica para que o sistema mantenha sua homeostase. Certamente, cada família irá reagir de maneira peculiar frente a “descoberta” deste sintoma e que pode ou não gerar mudanças significativas dentro do sistema. Por exemplo, há famílias em que seus elementos se unem em torno do paciente que está sofrendo; já em outras famílias o medo e a ansiedade se disseminam e o poder de ajuda da família é dissipado em função deste comportamento. (Kalina e Kovadloff, 1988)

Frente ao que foi mencionado acima, novamente insisto em salientar a necessidade do **at** carregar consigo esta visão mais ampla sobre as famílias dos pacientes que acompanham. Invariavelmente, de forma sutil, as famílias nos convidam a reforçar que o “paciente identificado” permaneça representando seu papel. Nestes casos, o papel do trabalho de AT é o de auxiliar o paciente a lidar com estas forças contrárias ao seu desenvolvimento pessoal, dando acolhimento para os momentos de instabilidade familiar e dando feedbacks sobre como age frente às situações conflitantes, buscando elaborar questionamentos que possam gerar novos significados para nossos pacientes. Além disso, pode-se encorajar o paciente a tratar de sua demanda familiar num espaço mais protegido e adequado; ou seja, o **at** pode discriminar junto com seu paciente quais temas podem ser trabalhados durante o acompanhamento e quais temas devem ser levados para uma sessão de terapia familiar. Desta forma, o **at** pode exercer a função de um catalizador, sensibilizando não só o paciente, mas todo o sistema a buscar novas perspectivas de tratamento.

### 3.5 COMUNICAÇÃO:

Outro aspecto de suma importância que se deve tomar atenção quando se trata de acompanhamentos em que o **at** está inserido na família diz respeito à comunicação.

Partamos do primeiro axioma da pragmática da comunicação que salienta que é impossível não se comunicar. De forma esmiuçada, isto significa que todo o comportamento humano é uma forma de comunicação e, tendo em vista que não existe a possibilidade de não emitir comportamentos, torna-se, portanto, impraticável não se comunicar. (Watzlawick, Bavelas e Jackson, 2007)

Em termos práticos, durante os acompanhamentos o **at** não deve simplesmente estar focado no que é dito, no verbal. Muitas vezes o verbal não condiz com a linguagem analógica, a qual é traduzida pelos olhares, sorrisos, lágrimas, postura corporal, silêncios, agressões e todos os tipos de “caretas” inimagináveis. Desta forma, há situações em que nosso paciente está tendo uma conversa sobre um assunto delicado com seus pais e observa-se que entre os pais há uma troca de olhares que podem ser traduzidos pelo **at** como reprovação ao que está sendo dito, ou mesmo estes olhares podem ter outro significado. Por via das dúvidas, de acordo com minha prática, a melhor maneira para saber o qual o significado da linguagem não-verbal é elaborar perguntas. Ao perguntarmos eliminamos as arestas e a comunicação torna-se mais clara, mais assertiva. Além disso, as perguntas possibilitam ao paciente e sua família criem novos significados sobre algum tema.

Em relação à comunicação familiar, esta se dá num contexto interrelacional e interpessoal. Desta forma, a forma como nos relacionamos com os nossos interlocutores irá classificar o modo nos comunicamos para com este. Logo, a comunicação não somente tem a função de transmitir informações, mas também define nossas relações.

Com efeito, durante o trabalho de AT deve-se estar muito atento à forma de comunicação entre o **at** e seu paciente, **at** e família e família com o paciente.

Dentre os muitos aspectos que o **at** deve debruçar sua atenção em relação à comunicação familiar, destaco três mais importantes:

- **Confirmação:** Neste caso, existe uma aceitação das definições dadas por nosso interlocutor; ou seja, há um consenso em relação ao que está sendo dito em relação à algum tema. Oferecemos credibilidade e atenção ao interlocutor, pois há uma concordância com aquilo que está sendo comunicado. Embora pareça um aspecto positivo, devemos nos lembrar que também deve se ter cuidado para não aceitarmos comunicações perversas entre a família e o paciente. O **at** tem que estar atento ao fato de não aceitar e confirmar falas degradantes e perversas em relação ao nosso paciente. (Londero e cols., 2010)
- **Rejeição:** Ao contrário do que foi mencionado acima, neste caso rejeita-se as definições sobre algum tema levantado pela família ou pelo paciente. Deixa-se claro a discordância em relação ao que está sendo transmitido pelo interlocutor.
- **Desconfirmação:** Esta situação é uma das mais patológicas no sentido comunicacional. O **at** deve estar atento. Muitas vezes a família pode desqualificar o interlocutor; ou seja, nosso paciente. Pode tratá-lo como se ele não existisse, ignorando o que ele tem a dizer ou não desconsiderando a importância do que tem a comunicar. Para título de exemplo, trago a seguinte experiência:

Ao chegar na casa da família de meu paciente, a família toda – pais e irmã - estavam na sala de estar aguardando a minha chegada. O contexto deste acompanhamento terapêutico foi o seguinte: era o primeiro final de semana em que o paciente ficava com sua família. Ele estava realizando suas primeiras saídas após um período de internação por conta de uso abusivo de substâncias psicotrópicas. Minha função como **at** era o de realizar um fechamento e avaliar como havia sido o final de semana. Claramente, as pessoas não estavam com uma expressão muito amigável. Assim que sentei-me na sala, houve um período de silêncio. Inicialmente, a mãe enumerou algumas queixas relacionais entre a família. O pai, enquanto a mãe falava, olhava para os cantos, paracendo não querer estar passando por aquela situação. No entanto, assim que o paciente tomou fôlego para relatar como estava

se sentindo em relação ao que estava sendo dito, relatando sua visão sobre os acontecimentos, a irmã de prontidão interrompe a linha de pensamento do paciente e diz para a mãe: “Nossa, o seu sapato é igual ao meu, não é mãe? Acho que compramos na mesma loja? Agora que percebi que temos sapatos iguais!”. Seguindo o raciocínio da filha, a mãe mudou completamente o assunto e as duas começaram a falar sobre sapatos até que houvesse a intervenção do **at**.

Nesta situação houve claramente uma tentativa do sistema familiar boicotar e desqualificar a comunicação do paciente em questão. Como **at**, a sensação que permeia a situação é muito ruim, pois estamos assistindo de “camarote” uma família desconsiderar os sentimentos e opiniões de outro membro do sistema, justamente aquele mais vulnerável. O meio para fazerem isso, neste exemplo, foi desfocarem o assunto para tratarem sobre sapatos. A incoerência e a desqualificação foi tamanha que, nitidamente, o paciente se desestruturou ao longo do caminho para a clínica, não sabendo nomear ao certo o porquê de tanta irritação. A função do **at**, portanto, é a de oferecer um “feedback” para seu paciente sobre o que percebeu durante o encontro. Além disso, pode utilizar o exemplo que presenciou para denunciar para a família como se dá a comunicação entre eles.

Outro ponto de destaque que devemos estar atentos como **ats** é no que diz respeito às ações que “matam” a comunicação entre os membros do sistema; ou seja, atitudes que impossibilitam a fluidez e interrompem o processo comunicacional. Dentre as mais importantes, destaco as seguintes:

- **Explosão Emocional:** É quando algum membro do sistema perde o controle durante uma conversa. Em geral, a partir do momento em que isso ocorre não há como retomar a comunicação enquanto este indivíduo não se acalmar.
- **Tratamento do Silêncio:** Se o interlocutor para quem está sendo dito algo importante decide se meter em silêncio, trata-se também de uma forma de inviabilizar a comunicação.
- **Choro:** Esta é outra maneira de quebrar a comunicação. Parecida com a situação em que a pessoa perde o controle emocional, no momento em que o interlocutor começa a chorar, o foco daquilo que é de fato importante para ser

discutido é mudado. Muitas vezes a atenção volta-se para a pessoa que está chorando em função desta depestar algum sentimento de culpa nas pessoas ao redor, gerando um sentimento de pena por entenderem que ela está sofrendo. No entanto, por maior sofrimento que relamente esteja passando, a comunicação é interrompida.

- **Julgamentos:** Outra maneira de romper a fluidez comunicacional é quando os interlocutores passam a emitir julgamentos sobre a conduta de cada um deles. O foco se esvai e aquilo que de fato é importante ser discutido se perde.
- **Provocações:** Tal como os julgamentos, quando há provocações mútuas, a comunicação se perde. Podem haver desrespeitos graves ou mesmo agressões verbais que acabam com qualquer possibilidade de comunicação.
- **Críticas e Reclamações:** Por fim, quando destilam-se muitas críticas e reclamações sobre a atitude dos interlocutores, a comunicação também vai por “água abaixo”.

Os estudos sobre a comunicação humana são extensos e muito ainda poderia se discutir sobre o tema. No entanto, os aspectos fundamentais foram abordados nos parágrafos acima. Para a finalidade do trabalho de AT os pontos mencionados, ao meu ver, são de extrema relevância, pois tais situações são próximas da realidade com as quais nós profissionais nos deparamos ao realizarmos acompanhamentos nos ambientes familiares.

### 3.6 RESSONÂNCIA:

O lugar que o **at** ocupa ao manter um contato próximo com a família dos pacientes, tal como a situação supracitada no item anterior, em muitos casos não se trata de uma tarefa simples. Esta proximidade pode despertar sentimentos e reações adversas por parte de nós terapeutas, bem como nos familiares e pacientes que acompanhamos. Para ampliarmos esta questão, podemos nos pautar no conceito utilizado por Mony Elkaïm (1990), denominado ressonância. Em linhas gerais pode-se dizer que, frente a uma situação particular, os diversos sistemas envolvidos passam a “vibrar” sob uma mesma freqüência de sentimentos e sensações. Com efeito, por mais distintos que sejam estes sistemas, emerge um ponto de intersecção que desperta nos envolvidos algo comum, como se todos os sistemas passassem a entrar numa mesma freqüência. Consoante o autor supracitado:

*“A ressonância não é “um fato objetivo”, não se trata de uma verdade velada que devemos fazer surgir através de um ponto em comum dos diferentes sistemas. Ela nasce na construção mútua do real que se opera entre aquele que a nomeia e contexto no qual ele se descobre nomeando-a”  
(p.171)*

Cervený (1994) também ressalta as implicações da ressonância e alerta sobre sua importância para uma boa condução dos atendimentos clínicos. No entanto, utiliza uma nomenclatura diferente, denominada interface. A autora salienta que, em algum momento da trajetória de todo terapeuta de família, este irá se deparar com famílias ou casais que despertam ou relembram o modo interacional de sua própria família de origem. Por exemplo, caso o terapeuta esteja passando por problemas em seu próprio casamento, esteja com tendo dificuldades para educar seus filhos ou não tenha esclarecido questões particulares em relação ao modo como lida com autoridade, hierarquia seja em relação à sua família de origem ou à sua família constituída, estas questões podem gerar sérias complicações caso o terapeuta decida conduzir sessões para trabalhar estes mesmos temas com casais ou famílias em seu consultório.

Voltando para o trabalho de AT em particular, como já mencionado acima, as ressonâncias ou mesmo as interfaces podem surgir durante o encontro com determinadas famílias e, conseqüentemente, podem despertar sentimentos desagradáveis, os quais podem gerar empecilhos e até mesmo, em casos mais graves, inviabilizar o processo terapêutico. O **at**, portanto, além de estar atento às necessidades do sistema familiar e de seu paciente, também teria que estar atento às suas próprias reações frente às situações delicadas que podem ocorrer ao atender seu paciente inserido no ambiente familiar.

Para minimizar estes atritos, destaco a importância do profissional realizar supervisões de atendimento ou mesmo participar de grupos de supervisão onde se possa ampliar o entendimento dos casos, das estratégias que estão sendo tomadas e, sobretudo, rever suas condutas frente à determinadas situações. O contato com outros profissionais gera uma série de novos pontos vista sobre o mesmo atendimento, possibilitando uma compreensão maior do processo. Aliado às supervisões, o profissional que busca um autoconhecimento em sua própria terapia estaria, ao meu ver, menos propenso a ser “pego” de surpresa pelos efeitos da ressonância, pois estaria mais atento aos pontos de interface que o afligem e que naturalmente possam desfocar o processo terapêutico de seus pacientes.

Santos (2006) também destaca a importância do cuidado da saúde mental do **at** e diz o seguinte:

*“O trabalho com doentes demanda muita atenção e cuidados e, em razão da impossibilidade de cuidarem da sua existência, é extremamente absorvente. O profissional tende a se deixar captar por esta demanda e pode perde-se de si mesmo. Assim, é fundamental que o at esteja realizando uma análise pessoal, bem como procure um aprofundamento teórico, que apoie sua prática clínica. Para que, assim, possa experienciar e compreender de maneira plena as possibilidades do existir humano, tanto quanto retomar sua integridade pessoal. (p.132)*

Frente às colocações anteriores, portanto, é de suma importância que o **at** tenha clareza sobre os seguintes questionamentos propostos abaixo:

- Qual é a fase do Ciclo Vital em que se encontra?
- Quais são os mitos, regras e padrões afetivos que traz de sua família de Origem (**FO**)?
- Quais são os valores e crenças que traz de sua **FO**?
- De que maneiras lida com a lealdade em sua **FO**?
- Como lida com as dívidas em sua **FO** e em sua Família Atual (**FA**)?
- De que forma se relaciona com a hierarquia, com o casamento, com os papéis parentais que desempenha tanto em relação à sua **FO** quanto sua **FA**?

Dando sequência, podemos destacar mais algumas perguntas que o **at** poderia se fazer para que este realize uma auto-reflexão, avaliando sua conduta frente às seguintes situações:

- Qual é a reação frente à uma modalidade agressiva?
- Qual é a reação a uma comunicação sedutora?
- Qual é a reação frente a uma comunicação desqualificadora?
- Como lida com situações de silêncio e reticências? As respeita ou insiste em interromper o silêncio?
- Como se comporta quando se depara com falas monótonas?

Por fim, para melhorar a qualidade do trabalho junto com a família, o **at** deve se auto observar em relação aos seguintes aspectos:

- Qual a sensação e os sentimentos que despertam no **at** ao trabalhar com famílias que cultuam e compartilham valores e crenças diferentes dos dele?
- Como o **at** lida com diferentes formas de linguagem? O **at** utiliza formas mais sofisticadas ou mais simples de linguagem? Consegue transitar entre estas duas formas?

- O **at** dá preferência para alguns assuntos clínicos e mostra desinteresse por outros? Mesmo ao trabalhar com um assunto que não seja de seu interesse, é possível desenvolver um bom trabalho? Consegue distinguir este aspecto?
- Qual é a condição emocional do **at**? Participa de superviões clínicas? Faz terapia?
- Como o **at** lida ao trabalhar com famílias em que o Ciclo Vital é muito diferente da fase em que ele se encontra?

A elaboração de uma séria reflexão sobre estes questionamentos, sem dúvida, leva o **at** a desenvolver positivamente sua prática. Afinal, a postura do **at** frente à família irá definir o bom resultado do trabalho. Em suma, Londero e cols. (2010) ressaltam alguns desafios em relação a estas posturas que o **at** deveria levar em consideração em seus acompanhamentos num contexto familiar:

*“A inserção do **at** no contexto familiar não é uma tarefa fácil, pois este deverá ganhar a confiança do grupo, entendendo seus hábitos e códigos de comunicação, deverá respeitar os silêncios, ser amável e mostrar-se compreensivo diante do sofrimento do cliente e da família. Em outros momentos o acompanhante terapêutico deverá ser um agente de limites, contenção, deverá ter a capacidade lúdica e perseverança” (p.71)*

### 3.7 CICLO VITAL:

Outro ponto de destaque que merece atenção ao trabalharmos com famílias diz respeito ao Ciclo de Vida da família. Este conceito entende que tal como indivíduo se desenvolve fisicamente, emocionalmente e socialmente em etapas, da mesma forma a família também tem seus ciclos de desenvolvimento. De acordo com Macedo (1997, apud Cerveny, 2010, p.10): *“... o estudo do Ciclo Vital da Família oferece um panorama do desenvolvimento da vida familiar em suas diversas fases, apontando as tarefas evolutivas a serem desenvolvidas pelos membros do sistema familiar em cada uma de suas etapas”*

Segundo Cerveny (2010), em linhas gerais podemos destacar 4 etapas fundamentais que caracterizam o Ciclo Vital familiar. Dentro destas fases existem tarefas específicas que a família deve realizar para que se possa passar para uma próxima fase de seu desenvolvimento. Abaixo segue um breve resumo de cada fase e suas respectivas características.

**1º Fase – Aquisição:** Os objetivos desta primeira etapa é a de formar a família; ou seja, é o início da união de um casal em busca da construção de uma vida em conjunto, de uma vida em família. Nesta etapas incluem a chegada dos primeiros filhos, da construção de um patrimônio, da criação dos padrões próprios de funcionamento familiar, bem como da definição dos novos papéis a serem desempenhados – o de pai e mãe. Além disso, inclui a construção de uma nova rede social comum ao novo casal. Portanto, a meta nesta etapa é a criação de objetivos comuns para estruturar a união.

**2º Fase – Adolescente:** É marcada pela entrada dos filhos na adolescência. Aqui a família também se torna um pouco “adolescente” em função das mudanças ocorridas no sistema. Os pais passam a se preocupar com a aparência física e com suas realizações profissionais. Podem haver rivalidades entre o casal, deixando os filhos adolescentes mais vulneráveis. Não raro ocorrem divórcios nesta etapa. Em contrapartida, os filhos passam a questionar os valores, crenças e regras familiares. É comum haver ambiguidades, mudanças e reavaliações das crenças familiares. Paira o medo da drogadicção, medo da homossexualidade, gravidez precoce. Pode-

se dizer que se trata de um momento em que pode haver muitas crises. A função parental nesta fase é a de orientar os filhos

**3º Fase – Madura:** É considerado um dos períodos mais difíceis e mais longos do Ciclo Vital. Em geral, os filhos se casam e se despedem da casa dos pais. No entanto, ainda necessitam da ajuda destes. O casal nesta etapa encontra-se num processo de envelhecimento e pode necessitar de auxílio médico e financeiro, visto que há uma diminuição na capacidade de trabalho. É comum as pessoas se aposentarem nesta etapa. Além disso, esta fase é marcada pela chegada dos netos e o crescimento do número de membros na família. Começam a vivenciar os primeiros lutos e, conseqüentemente, gera uma falta de segurança. A função parental desta fase é o companheirismo; ou seja, a relação entre pais e filhos torna-se mais igualitária.

**4º Fase – Última:** A forma como irá ser vivenciada esta etapa dependerá de como lidaram com as fases anteriores do Ciclo Vital. As responsabilidades tornam-se diminutas. O casal volta à vida a dois, como no início. Comum a realização de retrospectivas e o balanço intergeracional. “Olhar para trás” pode despertar tanto boas como más recordações. Deparam-se com encurtamento do tempo de vida e, sobretudo, que há pouco tempo para efetuar mudanças. Embora possam dar conta de cuidar dos netos e filhos, passam também pela experiência de serem cuidados. Pode gerar maior intimidade entre o casal ou também um maior distanciamento. Ajuda mútua e companheirismo são fundamentais para enfrentar esta etapa. A função parental nesta fase é a de amizade.

### 3.8 PSICOEDUCAÇÃO:

Dentro dos moldes mais tradicionais, a terapia familiar tinha como orientação buscar a cura dos sintomas e encontrar soluções para as queixas. Contudo, nestes últimos anos emergiu uma nova forma de abordar a terapia de família. Esta consiste em empoderar tanto os pacientes quanto as famílias para lidarem com suas dificuldades, trabalhando suas potencialidades e habilidades para lidarem com o problema de forma saudável. (Nichols e Schwartz, 1998).

Para seguirmos nosso raciocínio, tomemos como exemplo a esquizofrenia, uma patologia que foi amplamente discutida pelos terapeutas de família. Nos primórdios houve a difusão da idéia do duplo vínculo, na qual a mãe, ao transmitir mensagens paradoxais aos seus filhos, reforçavam a manutenção do sintoma. Assim, com a difusão desta teoria, a esquizofrenia passou a ter uma etiologia mais complexa a partir de então. Frente a esta premissa, segundo Nichols e Schwartz (1998):

*“Os terapeutas de família, em suas tentativas para atingir a suposta função dos sintomas dos esquizofrênicos ou conseguir que os membros da família expressem sentimentos contidos, criaram sessões carregadas de muita emoção, que com frequência geram culpa e defesa” (p.378)*

Com efeito, a partir destas observações, uma parte dos terapeutas passaram a considerar que tais sessões tinham um caráter iatrogênico e começaram a repensar a prática. Isto fez com que repensassem qual seria uma forma mais adequada para realizar intervenções e que estas pudessem ser menos desgastantes emocionalmente tanto para os familiares, quanto para os pacientes.

Neste viés, a ideia principal da psicoeducação consiste que, ao invés de retirar os pacientes com patologias severas - tal como a esquizofrenia - de seus lares ou realizar sessões carregadas de tensão, buscando identificar a etiologia da patologia familiar, passaram a pensar de forma mais simples e objetiva: Por que não somente dar orientações práticas diretivas para que houvesse uma melhoria nas

relações? Destarte, alguns terapeutas passaram a fazer visitas na casa de seus pacientes para dar orientações básicas e empoderar a família com recursos práticos e teóricos sobre a patologia. Era como se toda a família pudesse ter uma aula prática sobre seu problema. (Nichols e Schwartz, 1998).

Com efeito, a atitude psicoeducativa tem como objetivo fornecer subsídios informativos e práticos para que o grupo familiar possa lidar de forma adequada com as dificuldades que afligem severamente algum membro da família. No espaço de circulação da família, a presença do **at** pode alterar ou viabilizar o questionamento valores e crenças do sistema familiar.

Azevedo (2010) relatou em sua trabalho a importância da psicoedução no tratamento de transtornos psiquiátricos, tendo como foco o transtorno de personalidade bipolar. O autora ressalta que este tipo de intervenção desperta na família uma forma colaborativa de lidar com o problema, onde todos estão implicados e participam ativamente dos cuidados. Afirma que as famílias que tem acesso à este tipo de ferramenta provocam um aumento a nível de adesão ao tratamento que a cooperação do cônjuge tem papel de destaque para a redução de episódios de recaída em crises.

Santos (2006) ressalta igualmente a importância do **at** orientar a família para ajudá-la na organização da agenda de tarefas do paciente que necessita de maior auxílio. Além disso, a intervenção concreta do profissional dentro do sistema, pode contribuir para que a família amplie os recursos e tomem medidas mais adequadas em relação à forma como tratar o paciente. Aqui o profissional, portanto, trabalha de maneira mais diretiva, sugerindo tarefas e, sobretudo, sensibilizando o sistema familiar frente ao modo como se relacionam. Esta forma de trabalho, ao meu ver, é muito próxima ao modo como o terapeuta familiar estratégico atua. Com efeito, o **at** que possui uma formação sistêmica, pode se beneficiar da escola estratégica, utilizando estes recursos nos trabalhos psicoeducativos.

Esta nova atitude terapêutica pós-moderna, portanto, tem muitas ligações diretas com a prática do AT. Uma das funções do **at** é de fato realizar intervenções psicoeducativas em diversos níveis. Ao adentrarmos no sistema familiar e nos diversos subsistemas de nossos pacientes, a todo momento podemos auxiliá-los em suas dificuldades, para que possam mudar sua atitude ao longo do tempo ou mesmo

para que simplesmente se sensibilizem que há certas instâncias em sua forma de agir que devem ser repensadas. Muitas vezes o trabalho de psicoeducação que realizamos durante os acompanhamentos podem ser questões simples e corriqueiras do dia a dia. Para exemplificar isto, cito a seguinte experiência:

Durante os acompanhamentos com um paciente em sua casa, havia sérios problemas relacionais e comunicacionais em sua família: muitas discussões, gritarias, pouca escuta, desqualificações, entre outras questões. No entanto, quando saíamos do círculo familiar e realizávamos nossas saídas, naturalmente as dificuldades comunicacionais continuavam, mas de formas um pouco distintas. Por exemplo, toda vez que estávamos buscando alguma informação num shopping ou na rua e tínhamos que abordar alguém para perguntar, o paciente tomava a frente muitas vezes interrompia a conversa alheia ou mesmo o que a outra pessoa estava fazendo, falava num tom impositivo sem olhar diretamente para a pessoa, entre outras atitudes. Em contrapartida, era notório por parte do **at** o incomodo e a estranheza que esta forma de pedir informações, por exemplo, gerava nas pessoas. O papel do **at** neste caso, em primeiro lugar, era dar *feedbacks* sobre como o modo que o paciente aborda as pessoas não estava sendo adequado fundamentado no ponto de vista do **at** e, sobretudo, “ensiná-lo” *in loco* outras maneiras de abordar pessoas. Neste caso, como **at** dava dicas de como se aproximar das pessoas, de avaliar se elas estavam ocupadas, de utilizar as palavras “com licença”, “por favor” e “obrigado”, entre outros aspectos. Em outros momentos eu pedia para que observasse como eu faria. Após oferecer um possível modelo, eu e o paciente conversávamos brevemente se seria possível mudar a forma como costuma abordar as pessoas.

Portanto, a psicoeducação pode ser utilizada para trabalhar questões simples e corriqueiras do dia a dia. No entanto, pode-se dizer que esta função desempenhada pelo AT é de grande utilidade para uma melhor adaptação do paciente na sociedade. Em relação ao paciente que acompanhava, as mudanças não ocorreram com rapidez, porém ao longo dos encontros foi possível constatar que algumas atitudes se transformaram e, em alguns momentos, o paciente mencionava que iria estar atento ao modo como iria abordar os transeuntes nas ruas ou estabelecimentos.

### 3.9 GENOGRAMA VIVO:

O genograma é um instrumento de muita valia nos atendimentos familiares, de casais e individuais. Segundo minha própria experiência, representar graficamente a constelação familiar dos indivíduos pode ser terapêutico e mobilizador. Além disso, o resultado do material levantado nas sessões pode gerar uma demanda significativa a ser posteriormente trabalhada durante a terapia. Rever e refletir sobre a própria família de origem, como da família constituída possibilita a construção de pontes sólidas nos processos de mudança.

Cervený (2014) relata que suas descrições sobre o genograma se transformaram ao longo de sua prática. Num primeiro momento conceituou este instrumento como sendo uma representação gráfica da família que iria além de um mero entendimento genealógico de suas origens, pois também era trabalhado a qualidade das relações entre as diversas pessoas inscritas no gráfico. Alguns anos mais tarde, a autora englobou muitos dos conceitos construtivistas durante o trabalho com o genograma. Por exemplo, passou a utilizar perguntas reflexivas, fotos, imagens, metáforas, entre outros. Com efeito, houve uma ampliação substancial desta prática com a inclusão deste leque que a teoria construtivista trouxe para o âmbito da terapia de família.

O genograma teve suas raízes na teoria intergeracional de Bowen e, atualmente este recurso tem sido utilizado em diversas áreas de atuação clínica. Não só é utilizado em sessões de terapia de família, mas também o genograma é uma técnica de grande utilidade aos terapeutas em geral, pois este pode abordar temas específicos das famílias com maior dinamismo. (Cervený, 2014)

No trabalho de AT o profissional se depara com genogramas vivos. Ao adentrarmos na intimidade das famílias, naturalmente temos a possibilidade de mapear o genograma ao vivo e a cores, bem como levantar hipóteses e checar *in loco* a qualidade das relações que se apresentam na situação. Estas informações adicionais podem ser de extrema relevância dentro do trabalho terapêutico, seja durante os encontro com o **at**, durante as sessões de terapia familiar ou mesmo

durante os encontros terapêuticos com profissionais que acompanham o paciente dentro de alguma instituição. Para ilustrar tal colocação, eis mais uma experiência:

Durante uma viagem para a cidade do Rio de Janeiro juntamente com um paciente, tive a oportunidade de ouvir os relatos de diferentes parentes dele. Durante o período em que ele estava em seu trabalho, passei meu tempo junto com seus familiares: tios, primos e seus pais. A medida em que narravam suas histórias de vida a compreensão da patologia do meu paciente tornava-se mais clara, pois estava tendo acesso à dados muito importantes relativos às crenças, valores, contexto e, sobretudo, da qualidade das relações. Era como se estivéssemos montando um genograma juntamente com o sistema. A partir desta experiência, o **at** pode levar para os supervisores e outros terapeutas que acompanhavam o paciente dados relevantes para futuras intervenções.

Destarte, o **at** tem o privilégio de obter informações sobre questões valorativas transgeracionais, as quais um terapeuta de família nem sempre tem acesso com facilidade. A diversidade de informações que se obtém ao ter contato com outros membros da família do paciente é de suma relevância tanto para quem supervisiona o caso, quanto para quem atende o paciente diretamente.

Portanto, o **at** que tem o conhecimento dos propósitos da aplicação do genograma, bem como leva em consideração explorar os aspectos transgeracionais e relacionais da família, tem em suas mãos ferramentas valiosas para colher informações importantes para o trabalho o terapêutico. Além disso, se mune de dados para trabalhar com seu paciente, principalmente quando se trata de acompanhamentos nos quais a família está presente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O lema fundamental destas reflexões, desde o princípio, foi a de trazer maior complexidade às vivências que tive como **at**, deixando de lado a antiga forma tradicional da ciência - cartesiana e com base em evidências – e lançando-me pelos mares ainda pouco navegados do pensamento sistêmico e de suas linhas teóricas decorrentes desta modelo de pensamento.

Certamente, a realização deste trabalho gerou uma série de reflexões importantes sobre minha prática clínica tanto como terapeuta de família como acompanhante terapêutico. Rever minhas experiências clínicas sob o viés do pensamento sistêmico e das linhas teóricas pós-modernas, ampliou meu campo de visão sobre as patologias da alma.

Em verdade, inicialmente pareceu-me uma tarefa muito complicada alinhar o trabalho de AT com meu aprendizado no curso de especialização em terapia de família e casal. No entanto, a medida em que fui elaborando minhas reflexões e organizando minhas vivências como **at**, encontrei muitos lugares comuns entre estas práticas. O ponto de intersecção fundamental entre estas duas práticas é que, em ambos os casos, o profissional está em contato direto com a família. Embora o trabalho de AT não tenha como foco a família, o **at** invariavelmente está em contato com a família de seu paciente. Em geral, a família é inserida durante os acompanhamentos. Frente a este fato, creio que a formação em terapia de família e casal ajuda o **at** a dar um salto qualitativo em sua prática.

Embora a prática do AT tenha como linha teórica fundamental a psicanálise, atualmente outras linhas teóricas estão tendo voz ativa e sendo englobadas nesta prática, tais como a cognitivo-comportamental e a sistêmica. Em termos práticos, o **at** trabalha também como um observador do comportamento, buscando compreender os “gatilhos” que geram determinadas ações específicas, realizando, portanto, intervenções com auxílio de tarefas. Já a linha sistêmica também faz sua “análise”, mas de uma forma mais ampla e circular, envolvendo talvez elementos diferentes de outras linhas. Além disso, tal como a linha comportamental, se pensarmos nas linhas da terapia estratégica, a terapia de família

também possui esta ferramentas de aplicar tarefas para seus pacientes. Estas tarefas tem um cunho de quebrar sequências danosas para as relações, entre outras funções.

Outra “ferramenta” de destaque que curso de especialização nos ofereceu e que considero de suma importância para a prática do trabalho de AT foi a de dar ênfase para realizarmos comunicacionais que o sistema

Com efeito, pode-se dizer que ao rever minha trajetória dentro deste curso de especialização, cresci imensamente como profissional. Adicionei novas ferramentas de trabalho em minha “maleta” e as utilizei em prol da saúde de meus pacientes. Ainda me surpreende a quantidade de novos utensílios psicológicos práticas e teóricas que o curso me disponibilizou. Posso afirmar, sem sombra de dúvidas, que o trabalho como **at** tornou-se mais alegre e amplo em possibilidades.

Outro efeito colateral destas reflexões foi descobrir o quanto a postura pós-moderna tem suas conexões com a prática do AT. Trabalhar sob este enfoque sistêmico traz mais liberdade. Isto significa que, como terapeutas, podemos transitar em diferentes espaços com maior tranquilidade, pois temos uma grande quantidade de ferramentas para lidar com as mais diversas adversidades.

Por fim, seriam bem vindas novas reflexões sobre o tema e espero que os profissionais que trabalhem tanto no campo do AT como em seus consultórios como terapeutas de família e casais possam extrair deste texto algo que possa, de fato, contribuir para suas respectivas práticas. Além disso, espero que este trabalho motive outros acompanhantes terapêuticos para relatarem suas experiências e suas respectivas reflexões, pois desta forma é possível construir novos caminhos para que possamos desenvolver ainda mais nossa prática com qualidade e seriedade.

## BIBLIOGRAFIA:

AMARANTE, P. *Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos vol. I (1): 61-77, jul-out, 1994.

AZEVEDO, C. F. *Transtorno bipolar, psicoeducação e terapia familiar estrutural: um estudo teórico*. Monografia do curso de Especialização em Terapia de Casal e Família, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.

MAUER, S. K. e RESNIZKY, S. *Acompañantes Terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva, 2003.

BARRETO, K. D. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico - Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. 3ª. ed. São Paulo: UNIMARCO, 2005. Trabalho originalmente publicado em 1998.

BERTALANFFY, K. L. *Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. 5ªed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

BRUSCAGIM, C. *Psicoterapias: Terapia familiar sistêmica*. *Mente e Cérebro*, São Paulo, v.4, p.36-65, 2010.

CERVENY, C. M. O. *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas, SP: Editorial Psy II, 1994.

CERVENY, C. M. O. *O livro do genograma*. 1ªed – São Paulo: Roca, 2014.

ELKAÏM, M. *Se você me ama, não me ame: uma abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal*. Campinas, SP: Papyrus, 1990

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papyrus, 2002. (9ªed. 2010).

GOMES, J. C. V. *Manual de psicoterapia familiar*. Vozes. Petrópolis, RJ, 1987.

GRANDESSO, M. A. *Sobre a construção do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. 3ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KALINA, E; EIDDLER, R; MAUER, S; RESNIZKY, S. *Tratamento de Adolescentes Psicóticos*. Francisco Alves, 1986.

LONDERO, I; PACHECO, J. T. B. *Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras*. *Psicol. Estud.*, Maringá, 2006; v.11, 2:259-267.

LONDERO, I. E COLS. *Acompanhamento terapêutico: teoria e técnica na teoria comportamental e cognitivo-comportamental*. Organizador Igor Londero. São Paulo: Santos, 2010.

MACEDO, R. M. S. Prefácio. In: CERVENY, C. M. O. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MINUCHIN, S; FICHMAN, H.C. *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 1990.

NICHOLS, M.P; SCHWARTZ, R.C. *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLIVEIRA, S. M. *A reconstituição da família: um estudo das famílias que voltaram a viver junto após um período de institucionalização dos filhos*. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 2003.

OLIVEIRA, S. M. Família e intervenções sistêmicas. In: *Família e...* – organizadora Ceneide Maria de Oliveira Cerveny. 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PALOMBINI, A. (org). *Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PITIÁ, A. C. Araújo; SANTOS, M.A; *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo – 1ªed: Vetor, 2005.

PORTO, M. & SERENO, D. *Sobre acompanhamento terapêutico*. Em Equipe de Acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, (Org), *A rua como espaço clínico*.(pp. 23-31). São Paulo: Escuta, 1991.

RIBEIRO, M, A. *A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental*. Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos, Estudos psicol. (Natal) vol.14 no.1 Natal Jan- Apr. 2009.

SAMPAIO, D e GAMEIRO, J. *Terapia Familiar*. 2ªed. Edições Afrontamento. Porto, 1985.

SANTOS, R. G. (org). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa. Editora Hucitec, 2006.

SAYÃO, R e AQUINO, J. G. *Família: Modos de usar*. 4ªed – Campinas, SP: Papyrus, 2011.

TEIXEIRA, E. A. *Reflection about the holistic paradigm and holistic and health*. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.2, p. 286-90, aug. 1996.

WATZLAWICK, P; BEAVIN, J.H; JACKSON, D.D. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix, 2007.