

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO
UNESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E
APRENDIZAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS – CAMPUS BAURU

Mariana Nunes da Costa Marco

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:
Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento

BAURU
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO

UNESP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E

APRENDIZAGEM

FACULDADE DE CIÊNCIAS – CAMPUS BAURU

Mariana Nunes da Costa Marco

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:

Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Universidade Estadual Paulista, Campus de Bauru, linha Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Leal Calais

BAURU
2011

Marco, Mariana Nunes da Costa.

Acompanhamento Terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento / Mariana Nunes da Costa Marco, 2011. 80 f.

Orientador: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2011

1. Acompanhante terapêutico. 2. Análise do Comportamento. 3. Psicologia clínica. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

Mariana Nunes da Costa Marco

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:

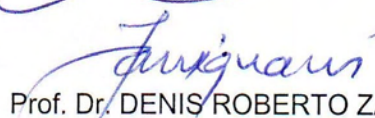
Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Universidade Estadual Paulista, Campus de Bauru, linha Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, como requisito à obtenção do título de Mestre.

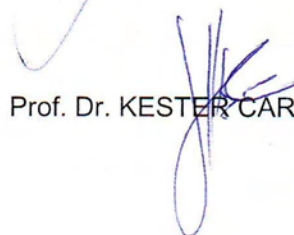
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dra. SANDRA LEAL CALAIS



Prof. Dr. DENIS ROBERTO ZAMIGNANI



Prof. Dr. KESTER CARRARA

BAURU
2011

Dedico,

Aos meus pais, Oswaldo e Maria Olívia. Pela vida e por me ensinar a vivê-la com dignidade. Pelo apoio e incentivo irrestrito. Por serem meu porto seguro, sempre!

À minha irmã, Marina. Pela amizade, pela coleção de favores e pelo modelo de determinação.

Agradecimentos

Primeiramente a **Deus**, pela oportunidade em evoluir, em aprender e me desenvolver.

Agradeço à minha família. Meus pais **Oswaldo, Maria Olívia** e minha irmã **Marina**. À vocês, a dedicação e os agradecimentos deste trabalho. Reconheço que não teria sido possível sem a parceria de vocês, sem o apoio emocional e financeiro que sempre me estiveram disponíveis. Agradeço aos favores diretamente ligados a esta pesquisa e aqueles que indiretamente me ajudaram a prosseguir.

Carinhosamente à minha orientadora, **Sandra Leal Calais**, por fazer de um sonho um projeto possível, um objetivo conquistado. Por me acompanhar e me ensinar sobre psicologia, ciência, profissão e docência. Agradeço a confiança depositada e ao excelente modelo profissional e pessoal. Professora, também não teria sido possível sem você!

Aos meus avós **Francisco, Joana e Rosemary**, que expressaram sem limites o seu orgulho e que a cada volta de viagem me recebiam cheios de saudade. Ao meu avô **Oswaldo** (*in memoriam*) que deixou saudades e um conjunto de valores imprescindíveis e arraigados em nossa família.

À professora e amiga **Patrícia Paggiaro**, que me abriu esta porta e que durante todo o processo, me apoiou e incentivou. Agradeço a oportunidade de acompanhá-la em seu ofício de docente universitária e de poder aprender tanto em sua companhia.

Agradeço às professoras e amigas, **Maria Júlia Ribeiro e Elvira Araújo**, que foram fundamentais para a minha formação. E que com maestria me ensinaram boa parte daquilo que precisei nesta empreitada: ciência, ética e Análise do Comportamento.

Ao **Denis Zamignani**, pela contribuição bibliográfica ao tema e a esta pesquisa. Por oferecer auxílio, sugestões e por aceitar os convites das Bancas, desde minha graduação. E ao professor **Kester Carrara**, pela leitura e avaliação desta pesquisa. E também pelas valiosas sugestões na qualificação que tanto favoreceram a produção deste trabalho.

Agradeço aos participantes desta pesquisa: **Acompanhantes Terapêuticos** atarefados e com pouca disponibilidade que, ainda assim, reservaram um pedaço do seu tempo para enriquecer esta pesquisa com suas experiências. Obrigada!!

Aos meus familiares que acompanharam e torceram pelo meu sucesso, em especial à **Tia Consuelo**, colega de profissão e incentivadora 'de carteirinha'.

Com carinho, meus agradecimentos àqueles que dividiram comigo um pedacinho do seu lar, tornando minhas viagens e estadias repletas de ternura e afeto, transformando possível a coleta de dados, as apresentações em congressos e o cursar das disciplinas: Aos meus padrinhos **Roberto, Valéria** e suas filhas **Luciana e Roberta**; à minha prima **Simone**, seu esposo **Paulo** e seus filhos **Isabella e Guilherme**; à minha amiga de turma do mestrado **Mara** e sua família, que me acolheram por todo um semestre; ao meu amigo **Fábio**; à minha prima **Vera** e seu esposo **Ricardo** e à minha amiga e parceira de ABPMC, **Flávia**.

Agradeço a todos os meus amigos pela compreensão nas ausências, paciência com minhas inconstâncias e alterações de humor. Por acreditarem no meu potencial e por expressarem o orgulho à minha pessoa. Agradeço por tolerarem quando precisei apressadamente trabalhar e por me divertirem quando eu precisei descansar.

Agradecimento especial aos meus amigos que ajudaram diretamente com este trabalho: às minhas queridas amigas, **Sabrina, Cintililian e Keila**, pois, além de escutarem minhas lamúrias e me presentear com conselhos e boas saídas, tiveram a paciência em me ouvir falar sobre Acompanhamento Terapêutico, ler e criticar o que eu escrevia. E ao meu grande amigo, **João Guilherme**, que me auxiliou com o trabalho das transcrições e que tantas vezes, por telefone, me fez companhia em minhas longas viagens. Aos quatro, agradeço os favores, a cumplicidade, o companheirismo e o bom humor, que tanto me fortaleceu.

Agradecimentos a **CAPES** que financiou parte deste projeto, à **UNESP** pelo corpo docente e pelas condições de aprendizado e às **instituições de ensino e pesquisa da cidade de São Paulo** que me disponibilizaram salas para executar a coleta de dados desta pesquisa.

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, percorreram este caminho junto comigo: professores, ex-professores, clientes, alunos, colegas de trabalho, familiares e amigos.

Muito obrigada!

"Caminhante, são teus passos
o caminho e nada mais;
Caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.
Ao andar se faz caminho,
e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca
se voltará a pisar.
Caminhante, não há caminho,
mas sulcos de escuma ao mar."

Tradução de *Provérbios y cantares*
Antônio Machado (1875-1939)

MARCO, M. N. C. **Acompanhante Terapêutico**: Caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento. 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é tema recente nas discussões da Psicologia. É um tipo de atuação clínica que nasceu dos movimentos político-ideológicos da antipsiquiatria, os quais ocorreram na década de 50 na Europa e EUA e em 1960 na América Latina. Boa parte da literatura tenta construir um perfil para o acompanhante terapêutico a partir do seu surgimento e contexto histórico, entretanto o conceito ainda não chegou a um consenso científico e apesar de existirem alguns fatores característicos para a conceituação do AT, sua prática diversificada dificulta a identificação das variáveis e consequentemente da construção de um conceito definitivo. A controvérsia se mantém e sua caracterização tem sido baseada em aspectos como a formação profissional, função na equipe, referencial teórico adotado e o trabalho desempenhado. Este trabalho teve como objetivo principal a caracterização de acompanhantes terapêuticos sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Para tanto, se fez uso de descrições do trabalho deste profissional considerando tempo de atuação, inserção na área, formação básica e específica, tipos de casos atendidos e locais da atuação, além de expor as desvantagens e vantagens relatadas na prática clínica. Foram participantes desta pesquisa treze Acompanhantes Terapêuticos atuantes na cidade de São Paulo, os quais foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada. Os resultados foram analisados em quatro dimensões de análise e estas desmembradas em categorias e itens. Pode-se observar diante dos dados das entrevistas que o perfil do at está em constante mudança e que caracterizá-los implica observação de muitas variáveis. De acordo com a literatura, as condições fundamentais para a realização desse trabalho são o conhecimento teórico sólido, as habilidades pessoais de traquejo social e a disponibilidade de tempo. Tais aspectos foram recorrentemente apontados pelos participantes e analisados no corpo desta pesquisa. Embora haja muitas semelhanças com a atuação do terapeuta de consultório fechado, o acompanhante terapêutico tem suas particularidades, especialmente o *setting*. São apresentadas também considerações críticas acerca da forma com que a prática foi descrita pelos acompanhantes, da importância da formação profissional e da aplicação da Análise do Comportamento no ambiente extraconsultório.

Palavras-chave: acompanhante terapêutico, análise do comportamento, psicologia clínica, atendimento extraconsultório

MARCO, M. N. C. **Therapeutic Companions**: Characterization of professional practice in perspective of Behavior Analysis. 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

ABSTRACT

Therapeutic Accompaniment (TA) is a recent theme in discussions of psychology. It is a kind of clinical practice that was born in a political-ideological movement of antipsychiatry, which occurred in the 50 at Europe and USA and 1960 at Latin America. Most of researches tries to built a profile for TA from the beginning of this historical context but the concept has not yet reached a scientific consensus. Although there are some characteristics for the concept of TA, the TA's diverse practice makes difficult to identify these variables and consequently the construction of a concept ended. The controversy remains and its characterization has been based on aspects such as vocational training, role in the team, adopted theoretical reference and the work performed. The main purpose of this study was to characterize therapeutic companions (tc) under the perspective of behavior analysis. For this was used this professional job descriptions, considering given time for practical, the insertion in the area, basic and specific training, types of case seen and places for the practice, beyond the expose of difficulties and benefits reported in clinical practice. Thirteen Therapeutic Companions participated of this research. They were from the city of São Paulo and submitted to a semi-structured interview. The results were analyzed in four dimensions of analysis and unfolded in categories. With the interview data it's possible to observe that the TA's profile is constantly changing and that characterizing them implies the observation of many variables. Corroborating the literature, the basic conditions to do this work are the solid theoretical knowledge, personal social skills and available time. These aspects were repeatedly said by participants and analyzed in this study. Although there are many similarities with the traditional therapists, the tc has its peculiarities, especially the setting. Also presented critical considerations about the way the practice was described by tcs, like the importance of training and implementation of Behavior Analysis at natural environment seen.

Key-words: therapeutic companions; behavioral analysis; clinical psychology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais colaboradores	35
Tabela 2 - Características que devem ser aplicadas a um at segundo os colaboradores ...	37
Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos participantes	38
Tabela 4 - Inserção dos participantes na área de Acompanhamento Terapêutico	40
Tabela 5 - Justificativas dos ats para a permanência na área de acompanhamento	41
Tabela 6 - Justificativas para o emprego do AT nos casos que os participantes foram inseridos.....	42
Tabela 7 - Ações que ats desempenham nos casos encaminhados para AT	44
Tabela 8 - Questões levantadas pelos participantes sobre a formação profissional do at .	47
Tabela 9 - Condições que os participantes qualificam como desagradáveis no AT	48
Tabela 10 - Condições que os participantes qualificam como agradáveis no AT	49
Tabela 11 - Planos dos ats para o futuro	49

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista	77
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os Psicólogos Colaboradores	79
APÊNDICE B – Roteiro semi-estruturado para entrevista com os Acompanhantes Terapêuticos	80

SUMÁRIO

1.	Introdução	16
1.1.	Contexto histórico do Acompanhamento Terapêutico	16
1.2.	As propostas conceituais do AT	18
1.3.	Características da prática do acompanhante terapêutico	20
1.4.	O AT sob a perspectiva da Análise do Comportamento.....	23
1.	Objetivos.....	33
3.	Método	34
3.1.	Participantes	34
3.2.	Procedimento de Coleta de dados	34
3.3.	Análise de Dados.....	36
4.	Resultados	37
4.1.	Seção I – Entrevista com os colaboradores	37
4.2.	Seção II – Entrevista com os acompanhantes terapêuticos	40
4.2.1.	Inserção e permanência na área de Acompanhamento Terapêutico.....	41
4.2.2.	Descrição sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico.....	43
4.2.3.	Questões sobre a formação profissional	47
4.2.4.	Condições que agradam e desagradam nesta prática	49
5.	Discussão	53
6.	Considerações finais	65
	Referências.....	68
	Anexo A.....	78
	Anexo B.....	79
	Apêndice A.....	80
	Apêndice B.....	81

APRESENTAÇÃO

Em 1970, Kanfer e Philipps comentaram sobre a relevância e importância do planejamento do ambiente, ressaltando o trabalho em ambiente natural. Propuseram o treinamento às pessoas não diretamente envolvidas com psicologia, mas que estariam próximas do cliente no momento em que o comportamento-problema ocorreria naturalmente. Enfatizaram que a manutenção dos comportamentos desejáveis e sua generalização eram intensificadas quando a intervenção ocorria em casa, na escola e em instituições em que o cliente vivia. Nesse momento, segundo Zamignani e Wielenska (1999), a prática em ambiente natural na Análise do Comportamento era conhecida como uma atividade paraprofissional - outros profissionais da saúde ou familiares eram treinados para efetivarem modificações junto aos pacientes - e foi pouco enfatizada na década de 1980 devido as críticas à modificação de comportamento. Entretanto, alguns anos depois esta proposta de intervenção no ambiente do cliente, embora tenha sofrido muitas alterações, ainda é presente e cada vez mais tem sido valorizada pelos analistas do comportamento.

O Acompanhamento Terapêutico (AT), nestes termos, é uma proposta relativamente nova e tem sido alvo de pesquisas científicas, as quais têm crescido significativamente com muitos envolvidos, visto que sua ampla atuação tange diversas áreas da saúde. Esta denominação é derivada de propostas psicanalíticas, contudo a sua prática não apenas transcende a terapia de gabinete, ou seja, aquela que se limita ao consultório (Guedes, 1993) mas também se dispõe a intervir no ambiente do indivíduo – onde estão oferecidos os reforçadores necessários para a aprendizagem de novas habilidades - arrançando contingências de reforço.

O presente estudo organiza-se em capítulos, sendo o primeiro de revisão bibliográfica sobre o contexto histórico e propostas conceituais do Acompanhamento Terapêutico (AT), sobre as características da prática do acompanhante e sobre as contribuições da Análise do Comportamento para o AT. O segundo capítulo descreve os objetivos desta pesquisa e o terceiro expõe detalhadamente o método utilizado. O quarto

capítulo está subdividido em duas seções e apresenta os resultados das entrevistas realizadas com os colaboradores e com os participantes deste estudo.

Finaliza-se, então, com o quinto e sexto capítulos onde se encontram a discussão dos resultados e as considerações finais, respectivamente. Seguem também as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. Introdução

1.1. Contexto histórico do Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é tema recente nas discussões sobre a Psicologia e suas práxis. É uma modalidade de atuação que germinou a partir dos movimentos político-ideológicos de reforma antipsiquiátrica, da psicoterapia institucional e da luta antimanicomial. Estes movimentos ocorreram a partir da década de 50 na Europa e nos Estados Unidos e essa concepção de atendimento chegou à América Latina no final da década de 60, principalmente e inicialmente na Argentina, onde muitos psicanalistas estiveram ligados a hospitais psiquiátricos. No cerne deste movimento político, foram criadas novas funções para os agentes de saúde mental, que passaram a ser denominados auxiliares psiquiátricos e, em outros lugares, atendentes terapêuticos (BARRETO, 1998; BENEVIDES, 2007). Mais tarde, o termo acompanhante terapêutico (at) passou a denominar os profissionais que estavam envolvidos em práticas clínicas fora do *setting* tradicional do consultório e clínicas psiquiátricas. O acompanhamento terapêutico poderia ser situado no contexto da reforma psiquiátrica como uma modalidade de intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares, embora alguns o situem entre modalidades psicoterápicas (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009; REIS-NETO, 1995).

No Brasil, a prática foi consolidada gradualmente, sob forte influência da Argentina. Os primeiros trabalhos de AT aconteceram na Clínica Pinel, em Porto Alegre e, logo em seguida, em algumas comunidades terapêuticas do Rio de Janeiro. Entretanto, no final da década de 70, as comunidades terapêuticas passaram por um período de decadência e acabaram fechando suas portas. Porém, os chamados auxiliares psiquiátricos, como eram conhecidos na época, continuaram a ser requisitados pelos terapeutas e, principalmente, pelos familiares que enxergavam naquele trabalho a única alternativa à internação.

O acompanhante terapêutico transformou-se em um aliado importante no processo de manutenção de vínculos sociais e na participação ativa na qualidade de vida do

indivíduo, que havia sido acometido por problemas de saúde as quais afetavam as suas capacidades de continuar no trabalho, no estudo ou mesmo de manter uma estrutura familiar e cuidar de si mesmo (PITIA; SANTOS, 2005).

A prática do acompanhamento terapêutico é recente e pela sua diversidade teórica e técnica contribui para a constituição de novas maneiras de encarar este trabalho. O perfil de um at e o arcabouço teórico que fundamenta sua função está em constante discussão, e a coexistência dessas diferentes experiências e ideais da prática clínica, ao mesmo tempo em que contribuem para a constituição de novas imagens do AT ainda em curso, dificulta sua identidade ou consolidação.

O AT deu seus primeiros passos no estado de São Paulo, por intermédio do Hospital-Dia do Instituto A CASA, na capital. Desde então, a prática clínica do AT começou a ser reconhecida e difundida em diferentes núcleos de assistência terapêutica que promovem outras opções à internação ou em casos que não se conseguem adequar aos tratamentos clínicos convencionais, justamente por não apresentarem mobilidade e/ou flexibilidade na forma de atendimento.

As publicações sobre AT têm se preocupado em contextualizar o seu surgimento e relacionam sua função e processo de constituição ao amplo movimento de crítica às práticas da psiquiatria clássica. Todos os produtos da reforma psiquiátrica, como as comunidades terapêuticas, Hospitais Dia, psicofármacos e as discussões provenientes deste debate, fomentaram o surgimento do trabalho do at (SILVA, 2005). Segundo Estellita-Lins et al (2009), a experiência do acompanhamento terapêutico no Brasil, e talvez na Argentina, pode ser considerada um caminho particular quanto aos resultados, pois embora se origine de um campo teórico comum, todas as iniciativas que tomaram impulso na segunda metade do século XX foram de suporte e intervenção comunitária (com psicóticos ou não). A discussão sobre o Acompanhamento Terapêutico não deve estar desvinculada de uma revisão sobre a Psicologia, sobretudo a psicologia clínica.

A história da Psicologia pode ser dividida em dois grandes períodos: pré-científico e científico. O primeiro estendendo-se desde os trabalhos filosóficos gregos até a metade do século XIX e o segundo desde 1879, aproximadamente, até hoje (WHITTAKER,

1976). No início do século XIX, nasce a Psicologia como ciência que anteriormente estava atrelada à filosofia. Desde o surgimento, diferentes vertentes da Psicologia tinham como pretensão observar, compreender e estudar o homem, no que diz respeito a seus processos psíquicos, à construção de sua inteligência e afetos, a suas formas de ser, atuar e se relacionar no mundo, quer na educação, na clínica e/ou na empresa (MUELLER, 1978). Lightner Witmer, considerado o principal fundador do termo “psicologia clínica”, descreve no clássico *Clinical Psychology* (1907) o trabalho que realizou com crianças que apresentavam problemas com a aprendizagem ou com a escola, e não com doentes ou indivíduos com perturbações mentais. Neste momento, considerar a psicologia como uma ciência passível de ser aplicada era concebê-la nas salas de aulas, no tribunal de menores e nas ruas (WITMER, 1907).

O termo “clínica” provinha da medicina, de modo que a tendência da época era pensar que a psicologia clínica era uma psicologia médica, porém Witmer justificava que a escolha desta nomenclatura seria o melhor termo para descrever o caráter do método que desenvolveu. A psicologia clínica era, para aquele momento, um protesto contra a psicologia que derivava de especulações filosóficas. Para Witmer, a psicologia deveria ser da prática em contexto, isto é, em crianças reais com problemas reais. Enquanto, contrariamente, Pierre Janet, em 1887, utiliza o termo psicologia clínica referenciando o trabalho médico com doentes mentais (VIEIRA, 2008). Embora o termo e as práticas viessem sendo empregadas desde 1867, foi apenas em 1919 que a Associação de Psiquiatria Americana - APA abriu uma seção clínica, cujos psicólogos tinham como tarefa o estudo dos casos individuais, a contribuição para o diagnóstico, a realização de avaliações e as terapias individuais ou de grupo.

1.2. As propostas conceituais do AT

A problemática em propor o AT se apresenta na falta de consonância dentre as teorias. O conceito de Acompanhamento Terapêutico ainda não chegou a um consenso

científico, e pesquisadores das mais variadas abordagens teóricas, principalmente desde a década de 1980, começaram a se interessar pelo tema embora existam produções datadas da década 60. A bibliografia sobre Acompanhamento Terapêutico é, em sua maioria, de visão psicanalítica, provavelmente pelo contexto no qual a prática surgiu e se consolidou.

Na tentativa de conceituar o AT, os pesquisadores concentram esforços em contextualizar suas práticas e características a partir do seu ‘surgimento’ histórico e têm encontrado dificuldade nesta tarefa (ROSSI, 2006). Como esta prática foi, desde o início, respondendo a diferentes necessidades clínicas e orientando-se conceitualmente de maneira variada, a reconstrução dessa história e uma articulação teórico-clínica precisa é um trabalho delicado.

Embora existam alguns estímulos discriminativos para a conceituação do AT, a sua prática diversificada problematiza a identificação de estímulos semelhantes e conseqüentemente da construção de um conceito findo. Deste modo, as controvérsias continuam presentes e a conceituação do at tem se baseado em aspectos como a formação profissional, função na equipe multiprofissional, referencial teórico adotado e o trabalho desempenhado (SIMÕES, 2005; ZAMIGNANI; KOVAC; VERMES, 2007).

Enquanto a Análise do Comportamento descreve o AT como uma proposta integrada à psicologia, é possível observar que a prática é configurada de outra maneira em outras abordagens e em outros países. Mauer e Resnizky (2008), por exemplo, propõem uma caracterização do Acompanhamento Terapêutico na perspectiva psicanalítica, defendendo a idéia de atendimento em abordagem múltipla – que significa neste contexto, atender toda a rede familiar do cliente em equipe multiprofissional – onde o at poderia ser qualquer profissional que realizasse saídas e/ou propostas de ‘reinserção’ social. Na Argentina - país com prática predominantemente psicanalítica - por exemplo, foi publicado em agosto de 2010 um código de ética dos Acompanhantes Terapêuticos (LIC; BUSTOS, 2010). Lá o AT é caracterizado como profissão regulamentada.

1.3. Características da prática do acompanhante terapêutico

Segundo Simões (2005), na literatura sobre acompanhamento terapêutico identificam-se preocupações com o estabelecimento de funções e objetivos que determina a especificidade do trabalho do AT, diferenciando-os de outras práticas realizadas por outros membros da equipe de saúde. Cada vez mais, nota-se que essa é uma atividade com um campo aberto de atuação em contínua criação e com uma importante eficácia nos trabalhos que se propõe desenvolver (SILVA; SILVA, 2006).

Deve-se reconhecer que experiências clínicas centradas na atitude de acompanhar o indivíduo também fora do espaço clínico tradicional foram absolutamente decisivas para que uma nova maneira de atuação dos psicólogos, médicos e profissionais de saúde fosse configurada. Afastando-se do modelo contratual do consultório, ganha importância acompanhar o sofrimento, fora do *setting* terapêutico tradicional, fechado (ESTELLITA-LINS et al, 2009).

A característica de atuação não fixa e/ou restrita ao espaço físico de uma determinada instituição – hospital, consultório ou escola, por exemplo – amplia as possibilidades de intervenção, as quais são tão variadas quanto as suas definições e as histórias que abordam o seu nascimento. Basicamente suas atividades se sustentam no tripé (a) atendimento fora do consultório, (b) diálogo com a família e (c) trabalho em equipe (SIMÕES, 2005; ZAMIGNANI et al, 2007).

Diversos nomes foram dados para esta prática, como: amigo qualificado, atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico, acompanhante domiciliar e acompanhante terapêutico. A sequência temporal para as denominações e funções daquilo que hoje chamamos de AT é imprecisa (AYUB, 1996). Para Yagiu (2007) o objetivo do atendente psiquiátrico era estabelecer vínculos com o paciente e ter uma “*escuta diferenciada da loucura*” (p.2), de modo a desenvolver e fortalecer relações sociais saudáveis e propor uma nova dinâmica aos estabelecimentos psiquiátricos. Esta descrição de objetivos feita por Yagiu (2007) fundamenta-se na teoria psicanalítica e embora o termo ‘atendente psiquiátrico’ tenha caído em desuso, a prática do AT decorrente deste contexto e desta orientação teórica

ainda é bastante semelhante. A prática que se inicia com o “atendente psiquiátrico” ou “auxiliar psiquiátrico”, continua a sua trajetória de acompanhar de outras formas os psicóticos, visando a recreação, lazer e socialização.

O “amigo qualificado” surgiu para transformar as maneiras de cuidado intensivo em saúde mental, as quais foram integradas ao propósito de atuação do AT. Pode-se afirmar que o AT evolui de um referencial antipsiquiátrico em sua origem nos anos sessenta, passando por um modelo ligado à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial, chegando à incorporação de um instrumental clínico que prescinde do *setting* convencional (SIMÕES, 2005).

Simões (2005) aponta também que o Acompanhamento Terapêutico tem conceitos convergentes quanto ao local de atendimento, ou seja, este tipo de prática ocorre predominantemente fora do *setting* tradicional de consultório, independente do referencial teórico adotado. Por outro lado, divergências sobre o Acompanhamento Terapêutico podem ser observadas entre as diversas abordagens teóricas. Nas equipes de abordagem psicanalítica, o AT era considerado uma espécie de “ego-auxiliar” de modo a contribuir com a definição de sua área de atuação em torno dos transtornos psiquiátricos, principalmente em casos de psicose (BARRETO, 1998; CANATTO, 2006; CAUCHICK, 2001; REIS, 2006).

O AT, independente da visão teórica, se apresenta para Ribeiro (2002) oscilando como uma prática paralela de atendimento a pessoas que estejam em sofrimento psíquico, atravessando situações que exijam atenção mais intensiva do que a encontrada no tratamento regular - os sujeitos estão em algum atendimento e existe a possibilidade de agregar uma série de outros acompanhamentos dentro das demandas existentes - e como uma possibilidade de construção de uma clínica própria, onde todos os saberes estejam em interlocução nessas intervenções (REIS, 2006).

A multiplicidade aparece também no modo de caracterizar o acompanhamento terapêutico como uma prática no campo da saúde, que pode ser tanto tomado como um programa quanto como uma estratégia de intervenção (SILVA; SILVA, 2006). Neste sentido, os autores apontam a necessidade da distinção entre programa e estratégia,

quando relacionados à prática do AT. Esta distinção evidencia que o comportamento do at estaria sob controle de diferentes contingências, pois assinalam diferenças que marcam não só os pressupostos teóricos, como também influenciam na tomada de decisão. Morin (1996) define programa como uma sequência de atos decididos *a priori* e que devem começar e funcionar um após o outro, sem variar. “Certamente, um programa funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas (p.284)”. Enquanto estratégia, embora planejada, pode ser modificada em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. A estratégia lida, impreterivelmente, com incertezas.

O AT, enquanto atuação, parece se aproximar das propostas da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social, ambas atuando em diferentes âmbitos: na comunidade, no ambiente hospitalar, em centros comunitários, atendimento domiciliar. Entretanto, suas intervenções não são clínicas, isto é, não são voltadas para os “métodos psicológicos de reconhecimento e tratamentos dos transtornos do comportamento” (DECS, categoria F04.096.628.579).

Ainda que existam pesquisas que investiguem a atuação do AT em outras áreas, a caracterização deste profissional dadas as diferentes contingências a que é exposto, tem se baseado fundamentalmente na prática clínica (GAVIOLI; RANOYA; ABBAMONTE, 2003; SERENO, 2006; VARELLA; LACERDA; MADEIRA, 2006). O vocábulo “acompanhamento terapêutico” é um termo originalmente clínico e as pesquisas de orientação psicodinâmica até o conceituam como um dispositivo clínico. Outro exemplo é a conceituação feita por Londero e Pens (2010) sobre o Acompanhamento Terapêutico ser “*uma modalidade de intervenção psicossocial realizada em uma situação clínica [...] (p.03).*”

1.4. O AT sob a perspectiva da Análise do Comportamento

Ao rever a história da Psicologia Comportamental, Guilhardi (2008) oferece uma descrição apontando que na década de 50 e 60, alguns trabalhos com humanos, utilizando técnicas e princípios operantes, foram publicados em meio a muitos artigos de pesquisa básica com organismos de outra espécie e que os trabalhos em clínica, ainda principiantes e deficitários de um modelo psicoterapêutico bem caracterizado, eram aglutinados sob a denominação de “Modificação de Comportamento”, termo consolidado por Bandura (1969) em seu livro *Princípios de Modificação de Comportamento*.

O termo “Modificação de Comportamento”, por estar associado inicialmente ao modelo operante, transformou-se devido à incorporação de técnicas respondentes. Paralelamente, Wolpe, Lazarus, Yates, Eysenck, Rachman, entre outros, adotaram a terminologia “Terapia Comportamental”. Há divergências sobre quem teria apresentado pela primeira vez o termo na literatura, entretanto os pressupostos da “Terapia Comportamental” continham idéias de outro modelo conceitual influenciado, basicamente, por Hull e Pavlov (WOLPE, 1976). Em alternativa aos modelos psicodinâmicos que prevaleciam, Lazarus, Yates, Eysenck e Rachman, grupo que adotou o termo “Terapia Comportamental”, propunham um modelo clínico, trabalhando em consultório ou em clínicas-escola, com problemas comportamentais que incomodavam os seres humanos. (GUILHARDI, 2008). Em resumo, iniciava-se uma tentativa de encontrar comprovação daquilo que se observava e se fazia hipótese a respeito do comportamento. Nota-se que ao consolidar-se a prática clínica do psicólogo comportamental surgia também a prática fora do consultório coerente com os pressupostos do behaviorismo. Neste ponto vale retomar a informação que, paralelamente, também na década de 50, surgia o Acompanhamento Terapêutico como nova prática da área da saúde, com visão psicanalítica. Houve, neste momento, uma tentativa de separação da dominante perspectiva psicanalítica, com o avanço das pesquisas, as aplicações da Análise do Comportamento a problemas humanos e também com o surgimento de outros referenciais teóricos (FORSYTH; SABSEVITZ, 2002).

Esta breve descrição sobre os precursores da Psicoterapia Analítico-comportamental, apresentada em um artigo de Guilhardi (2008) sobre “o papel da ABPMC (Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental) para a terapia comportamental”, corrobora com o que Pérez-Álvares (1996) relata sobre os termos “Modificação de Comportamento” e “Terapia Comportamental”. Segundo Guilhardi (2008), na mesma época em que Skinner mencionava o termo “Terapia Comportamental”, Wolpe e Lazarus desenvolviam trabalhos terapêuticos igualmente denominados. Contudo, apesar da origem comum, os trabalhos foram se diferenciando, principalmente pela ênfase em relações operantes em um deles, e processos respondentes no outro. Há diferentes dimensões que podem compor a descrição da terapia comportamental. Na dimensão aplicada, destaca-se a atenção aos princípios básicos dos comportamentos relevantes dos envolvidos e, na dimensão comportamental, observa-se que o comportamento público e privado é alvo de alteração. A Terapia Comportamental é analítica porque “*busca a identificação das relações funcionais entre os comportamentos e eventos ambientais*”. (p. 30, WIELESNKA, 2010).

Conforme apontam Zamignani, Banaco e Wielesnka (2007) a terapia fundamentada nos princípios da Análise do Comportamento tem sido uma alternativa eficaz e consistente para os problemas relacionados ao comportamento humano e muito daquilo que se assume hoje é produto das transformações ocorridas na ‘modificação de comportamento’ e na ‘análise aplicada do comportamento’. Os autores, ressaltam então que, nos primórdios, ambas aplicavam seus conhecimentos em ambientes considerados fechados, pois nestes locais os pesquisadores/terapeutas tinham, além do fácil acesso, maior controle das variáveis ambientais que produziam os comportamentos dos sujeitos que passavam pela intervenção. Situação semelhante ao laboratório de pesquisa básica.

Embora os ambientes controlados proporcionassem maior eficácia para as intervenções, garantir a generalização destes ganhos clínicos no ambiente natural era pouco provável. Posterior às práticas bastante criticadas dos modificadores de comportamento, buscou-se a implementação de procedimentos em ambientes naturais, com o objetivo de alterar estes ambientes e, produzir como consequência, a modificação

das ações do indivíduo. Esta nova proposta exige dos profissionais um grande esforço e empenho, pois o alvo da intervenção deixou de ser somente um, ou um grupo homogêneo e passou a ser também pais, filhos, professores, cônjuge, dependendo do objetivo (ZAMIGNANI; BANACO; WIELENSKA, 2007).

Kazdin (1984) reforça esta idéia quando aponta que o analista aplicado não procura identificar processos subjacentes, mas trabalha com as contingências nas quais o comportamento se encaixa, ou seja, o tratamento acontece onde os comportamentos problemáticos ocorrem. O terapeuta se desloca para estes lugares para observar as contingências e reestruturá-las. Alternativamente, ele desenvolve junto com o cliente ou seus responsáveis, programas a serem executados nestes lugares. Contingências aplicadas por outros, como o enfermeiro, a esposa, o professor ou os pais do cliente, sob supervisão de um analista aplicado, caracterizam tratamento por mediador. O que o autor chama de tratamento por mediador, se assemelha com as práticas do atual at.

Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani (1999) e Londero et al (2010) ressaltam que o AT também tem como principal característica intervenções realizadas em ambiente natural e em situações cotidianas do cliente. O ambiente extraconsultório, onde as contingências mantenedoras dos comportamentos a serem alteradas operam, é muito rico para a prática do Analista do Comportamento. Como auxiliar, o at coleta dados, aplica técnicas e também maneja contingências, as quais necessitam de mudança e foram previamente determinadas pelos responsáveis pelo atendimento (GUERRELHAS, 2007).

Os analistas do comportamento, na tentativa de elucidar o perfil de um at, apontam que é frequente que ele seja reconhecido como um estudante da área da saúde (LONDERO; PACHECO, 2006; VERMES; ZAMIGNANI, 2002; ZAMIGNANI et al, 2007). Uma grande vantagem desta prática ser efetivada por um estudante é a diminuição dos custos sem perdas dos benefícios terapêuticos. A distinção do caráter profissional do at se faz necessária, visto que sua conceituação não é pragmática, ou seja, não existem regras, fórmulas ou técnicas reguladoras. Guerrelhas (2007) pontua que quando um profissional se denomina terapeuta comportamental - e assume que o comportamento de um organismo é função de sua história de condicionamento e de variáveis ambientais

presentes no momento em que ele responde (BAUM, 1999; SKINNER, 1967) - frequentemente realiza trabalhos fora do consultório, no ambiente do cliente. Deste modo, quando um at é inserido no processo, fica claro que sua função é auxiliar ou complementar o trabalho do terapeuta ou da equipe multidisciplinar. Além disso, aponta também que esta função é derivada de algumas contingências determinantes, muitas delas ligadas a questões sociais, econômicas e à formação profissional (GUERRELHAS, 2007).

Na origem da Terapia Comportamental, havia a prática denominada “planejamento do ambiente” que tinha o caráter de uma terapia baseada em operantes. Este tipo de intervenção foi apontado por Kanfer e Philips (1970) como uma estratégia inovadora que propunha, além da atuação no ambiente natural, o treinamento de profissionais que aplicariam técnicas “*nos comportamentos problemáticos dos pacientes*” (p.73). Logo, fazia parte do repertório de um terapeuta comportamental fazer este tipo de atendimento não restrito ao ambiente clínico tradicional. Estas propostas iniciais de condução da terapia comportamental se refinaram, porém muito daquilo que compunha os clássicos manuais de terapia ainda é utilizado. O atendimento no ambiente natural é prática de alguns analistas do comportamento sem que os mesmos se denominem ats.

Segundo Zamignani et al (2007), a discussão conceitual na abordagem analítico-comportamental tem definido o at como o profissional que sai do ambiente tradicional do consultório para atuar no ambiente fora do consultório. Também pode ser o auxiliar de um terapeuta comportamental ou psiquiatra, sendo esta opção derivada da demanda dos casos considerados severos ou graves e que exigem mais intensidade e frequência do tratamento e, neste caso, os ats costumam ser estudantes que possuem maior disponibilidade de tempo e seu custo é mais baixo. Outra possibilidade é o profissional fazer parte de uma equipe de saúde (geralmente com psiquiatras na liderança), de modo que seja o responsável pela análise e intervenção comportamental. Neste caso, o at é um profissional formado mas ainda pouco experiente que deve saber elaborar a análise comportamental, delinear um programa de tratamento e intervir (VIANNA; SAMPAIO, 2003). Deve-se entender que a caracterização acima exposta, baseada na pessoa do acompanhante terapêutico, é uma idéia defendida por parte dos pesquisadores em AT, não sendo

consenso, portanto. Entretanto, em quaisquer das condições em que o at for inserido, o repertório clínico exigido é bastante sofisticado e, portanto, a intervenção *in loco* precisa ser supervisionada regularmente (ZAMIGNANI; WIELESNKA, 1999).

A supervisão da prática clínica psicológica é a etapa culminante do treino de terapeutas, sendo considerada indispensável na formação de psicólogos clínicos. O primeiro autor que propôs supervisão a partir de comportamentos profissionais observáveis do terapeuta foi Carl Rogers, o precursor da terapia não-diretiva e centrada no cliente (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

De uma maneira geral, os principais objetivos da supervisão são fortalecer o embasamento teórico, estabelecer uma conduta ética e garantir a capacidade clínica (MOREIRA, 2003). No princípio, a supervisão era centrada no desenvolvimento de atitudes favorecedoras do processo terapêutico, ou seja, focada em comportamentos de aceitação incondicional, como a empatia, o calor, a coerência e a autenticidade (COTTRAUX; MATOS, 2007).

Hoje, a visão mais frequente é que, dentro da teoria do comportamento, o treino deveria ser voltado para formar analistas de comportamento, funcionando em um contexto de ensino-aprendizagem (MOREIRA, 2003). A tarefa do supervisor é também dar condições ao supervisionando de desenvolver e adquirir as habilidades terapêuticas e de relação pessoal, como postura corporal, tom e velocidade da voz, contato visual, expressão facial e expressão de sentimentos (SILVARES, 1997). Tais comportamentos podem ser treinados usando-se o procedimento de *role-playing* por meio de situações vivenciadas nos atendimentos ou criadas para este fim (ULIAN, 2002). A supervisão é uma situação considerada muito importante para profissionais iniciantes. Ao oferecer modelo e discutir casos baseados não apenas na teoria, mas também na experiência pessoal, o supervisor amplia o repertório do terapeuta iniciante.

No acompanhamento terapêutico, algumas situações justificam interações não exclusivamente verbais, mas também ações que incidam diretamente no ambiente natural. Ao longo dos anos, o at passou a acompanhar outras demandas e encontra-se, dentre os profissionais, ats envolvidos com orientação e observação de dificuldades de

aprendizagem, hábitos de estudo e adaptação escolar. O acompanhamento destas pessoas que apresentam dificuldades em múltiplos aspectos de sua vida cotidiana e de suas redes familiares tem sido um potente instrumento para o trabalho de inserção psicossocial dos acompanhados. O AT torna-se promotor de inclusão (BENEVIDES, 2007). Em dados locais e situações, a solicitação da presença de um at está relacionada, na maioria das vezes, à demanda de que possa responder pelas atitudes e pela educação da pessoa ainda não adaptada ao ambiente em que está inserida e com a qual os familiares e a rede de contatos acreditam não saber lidar.

O acompanhante terapêutico pode ser visto então como “*um arranjador de contingências de reforço e dispensador de reforço positivo*” (SAVOIA; SAMPAIO, 2010, p.39). O termo utilizado pelos autores ilustra a importante função da relação terapêutica para ajudar a modelagem de um novo repertório comportamental no cliente. Um “*arranjador de contingências*” visa promover condições nas quais a probabilidade de angariar reforçadores positivos aos comportamentos a serem modelados é potencializada. Para tanto, Zamignani (1997), ao relatar um caso, sugere que o estabelecimento de vínculo terapêutico é fundamental para a adesão à terapia.

Fatores de relacionamento entre cliente e terapeuta têm sido descritos desde a década de 70 como, muitas vezes, determinantes para a mudança (KANFER; PHILIPS, 1970). As alterações no repertório comportamental do cliente podem ser atreladas a comportamentos emitidos pelo terapeuta. Como o terapeuta se comporta e o impacto que a interação com o cliente produz nele fazem parte de um conjunto de variáveis que podem aumentar ou não a eficácia das técnicas comportamentais (DELITTI, 2005). Considerando os fatores da relação-terapeuta cliente, Braga e Vandenberghe (2006) apresentam uma discussão sobre a abrangência da relação terapêutica na terapia comportamental. Os autores descrevem o quanto a relação terapeuta-cliente torna-se item fundamental para gerar mudanças.

Partindo do pressuposto que a psicoterapia é um processo complexo que acontece em um contexto interpessoal no qual terapeuta e cliente interagem em um trabalho que visa uma transformação, a relação terapêutica é uma contingência de determinação

recíproca e a atenção do terapeuta deverá também estar dirigida aos seus próprios sentimentos (BRANDÃO, 2000). A principal diferença entre a relação terapêutica e as relações do cotidiano é o que Skinner (1953) denomina de audiência não punitiva, na qual o terapeuta compreende os comportamentos do cliente sem julgá-lo, o que torna a relação terapêutica íntima (BANACO, 1997). Alguns dados apontam que o efeito de uma intervenção psicoterápica pode ocorrer pela interação de variáveis relacionadas ao paciente, ao terapeuta e à relação estabelecida entre eles (PEUKER; HABIGZANG; KOLLER; ARAÚJO, 2009). Face a isto, ressalta-se a importância de refletir sobre o comportamento profissional do at, visto que pela condição de atendimento, fica mais próximo e mais exposto a contingências, até então privativas do cliente (ZAMIGNANI, 1997).

Além das variáveis específicas associadas ao cliente e ao terapeuta, o resultado de uma intervenção psicoterápica também dependerá da relação de trabalho estabelecida entre eles, a aliança terapêutica, que compreende o vínculo de confiança entre terapeuta e paciente, bem como a capacidade da dupla para realizar as tarefas psicoterápicas (SAFRAN, 2002; VERMES; ZAMIGNANI; KOVAC, 2007). Oliveira et al (2006) expõem que muitos autores já consideram o relacionamento terapêutico como instrumento de mudança e que uma aliança terapêutica positiva acontece à medida que o profissional competente e seguro seja capaz de expressar empatia, respeito e cuidado, além de desempenhar de maneira consistente sua própria prática. Sendo assim, outro fator determinante é a aplicação correta das técnicas indicadas para o tratamento. A definição destas técnicas pode se dar a partir de estudos clínicos que avaliam sua efetividade ou eficácia para cada tipo de transtorno psicológico (DAVID, 2004).

O arsenal de procedimentos terapêuticos constituído das várias modalidades de psicoterapias, do uso de medicamentos, das unidades-dia, das pensões protegidas, dos lares abrigados, da internação, inclui também o acompanhamento terapêutico. Assim como os demais recursos e procedimentos, o AT deve ocupar os espaços de discussão clínica e de supervisão, lugares privilegiados onde se poderá decidir a viabilização do

momento de iniciar, de continuar ou de encerrar a intervenção (CANONGIA; TEIXEIRA, 2002).

A prática fora do *setting* tradicional, comparadas com o atendimento clínico de gabinete, segundo Zamignani (1997), apresenta várias possibilidades de atuação. No ambiente extraconsultório, aumenta-se a probabilidade de modelagem de repertório decorrente da interação com contingências mais próximas da vida do sujeito. Esta condição favorece que qualquer comportamento clinicamente relevante do cliente seja exposto a consequências imediatas e intrínsecas. Embora estes comportamentos também ocorram em sessão e sejam passíveis de intervenção clínica com base na observação e modelagem direta por reforçamento natural (KOHLENBERG; TSAI, 2001), o que ocorre em acompanhamento terapêutico é que ele é privilegiado quanto às intervenções contingenciais aos comportamentos.

Quando o terapeuta tem a oportunidade de fazer parte da interação cliente-ambiente natural, a aprendizagem de repertório social é especialmente beneficiada. A presença do at torna as possibilidades de interações mais ricas e variáveis, seja no que se refere à modelação, seja na modelagem, pois as consequências que selecionam o comportamento social do cliente estão dispostas num contexto muito semelhante àquele com o qual ele deverá interagir socialmente (ZAMIGNANI; VERMES, 2010).

Com a ampliação do *setting*, o contato com os familiares aumenta consideravelmente e as trocas de informações, bem como as orientações familiares ficam mais intensas. Neste contexto em que o AT é necessário, a família é o ambiente mais comum do cliente e é comumente convocada a partilhar dos cuidados em conjunto com os profissionais da saúde.

A entrada do at no seio familiar gera sentimentos contraditórios em todos os envolvidos. Se por um lado, é recebido como um agente de suporte e que pode minimizar o sofrimento, por outro, é sentido como ameaçador ou intruso, visto que sua mera presença modifica o local de dependência e rigidez da dinâmica familiar (MARINHO, 2006). Segundo Carvalho (2002), o at tem muito a compreender acerca de sua influência

no meio familiar, pois além de acompanhar o cliente, por vezes, também acompanha a família. A literatura evidencia sentimentos de sobrecarga, por parte dos familiares, ao atender à demanda de cuidados, desencadeando muitas vezes a intensificação do quadro ou uma nova internação. Quando o at está inserido também nos cuidados familiares, esta probabilidade diminui (ROSA, 2003). As situações difíceis mais frequentes envolvem os familiares, principalmente porque o *setting* do at é o mesmo local onde a família e o acompanhado consideram reservado e privativo. Quando o profissional é convocado a dar assistência a uma pessoa específica, é importante que estabeleça trocas com os demais membros da família e que encontre um ponto de equilíbrio entre essa aproximação e a não invasão à privacidade do cliente.

O acompanhante é um ponto de referência estável e suporte não só para o cliente, como também para a família, que ao solicitar este tipo de serviço, apresenta-se cansada, sem esperanças e alegando, principalmente, que seus recursos para lidar com a situação estão esgotados. O papel do acompanhante não se limita em compartilhar com a família os projetos e responsabilidades quanto ao tratamento, mas também de favorecer interações familiares onde o foco deixa de ser a problemática da doença (RIBEIRO, 2002).

Keeley et al (2008) estudaram o tipo de interação familiar e a predição de resultados terapêuticos. Constataram que famílias acomodadas, pouco participativas no tratamento e que demonstram valores inconsistentes também são indicativas de resultados lentos e pobres. Por outro lado, positivamente, famílias nas quais há colaboração, envolvimento, empatia, dedicação e respeito ao tratamento, o cliente obtém melhoras significativas e uma evolução mais rica, quando relacionados aos familiares que não apresentam tais comportamentos.

O at pode intervir em situações familiares problemáticas e nocivas ao cliente durante a permanência em sua residência e a partir do convívio com seus familiares, além de informar os demais profissionais envolvidos no trabalho sobre a dinâmica familiar, o que contribui para o bom andamento do tratamento como um todo (RIBEIRO, 2002). No decorrer do acompanhamento, também é possível que discrimine quais outros profissionais estão envolvidos ou poderão ser envolvidos no tratamento. E caso note que a

demanda é maior do que sua disponibilidade é recomendado que ele indique outras esferas de tratamento. As intervenções junto à família visam favorecer uma melhor convivência entre os seus membros, de modo a colocar limites nas demandas excessivas de alguns membros, estabelecendo regras de convivência, assim como fortalecer e encorajar suas responsabilidades (RIBEIRO, 2002).

Sobre a relação entre o acompanhante terapêutico e a família do paciente, Mauer e Resnizky (1987) descrevem que geralmente a família aceita com alívio a presença do acompanhante terapêutico, já que está impossibilitada de conter o paciente. Entretanto, à medida que o processo terapêutico vai se desenvolvendo, ela frequentemente começa a resistir ao tratamento e, conseqüentemente, à presença do acompanhante.

Segundo Guedes (2001), a força mantenedora que as relações familiares exercem diante dos problemas de comportamento é elevada. Como o meio ambiente modela nosso repertório básico, mudanças ambientais podem levar a ajustes comportamentais rápidos, com aquisição de novas respostas, a extinção de antigas ou aumento da eficiência de alguns comportamentos (SKINNER, 1953). Assim, o at inserido no ambiente do cliente pode facilitar o desenvolvimento de novos repertórios.

O at pode tornar-se, então, um agente importante para a psicologia, independente de como sua prática se configure. No entanto, a variabilidade de atendimentos e performances, se por um lado é bastante valiosa e pode ser considerada a principal vantagem do trabalho, por outro lado dificulta estudos mais controlados, valorizados pela comunidade científica. Investigar a atuação do acompanhante terapêutico pode gerar dados que incentivem novos programas de formação profissional em AT e aprimoramento naqueles existentes, além da contribuição científica para a Análise Aplicada do Comportamento.

2. Objetivos

Caracterizar a prática de Acompanhantes Terapêuticos na perspectiva da Análise do Comportamento.

2.1 Objetivos Específicos

Descrever o trabalho de uma amostra de acompanhantes terapêuticos considerando tempo de atuação, formação básica e específica, tipos de casos atendidos, local da atuação.

Expor as práticas de acompanhantes terapêuticos: dificuldades e vantagens relatadas e como se deu sua inserção na área.

3. Método

3.1. Participantes

Foram entrevistados dezesseis participantes. No entanto, ao final, somente foram considerados treze. O descarte de três participantes se fez necessário à medida que, no decorrer da entrevista, observou-se a desobediência aos critérios de inclusão. Deste modo, foram participantes desta pesquisa, treze Acompanhantes Terapêuticos atuantes na cidade de São Paulo e obedeceram aos seguintes critérios para inclusão:

- (a) estar atendendo pelo menos um caso no período da entrevista ou ter encerrado o atendimento no período de dois meses antecedentes à data da entrevista;
- (b) ter atendido pelo menos três casos desde a sua inserção;
- (c) ser psicólogo formado ou em formação;
- (d) atuar dentro da abordagem teórica da Análise do Comportamento.

Em decorrência da multiplicidade de definição sobre ‘quem’ é o at, este trabalho considerou Acompanhante Terapêutico aquele profissional que se auto-denominava at ou recebia esta denominação por outros profissionais. Portanto, há entrevistas concedidas por profissionais que respondem como auxiliar na intervenção, outros como responsáveis pelo caso e outros pertencentes a uma equipe de saúde.

A impossibilidade de trabalhar com toda a população implica na seleção de uma amostra. Nesta pesquisa, a coleta de dados, que aparece como uma das tarefas características da pesquisa descritiva, foi realizada por meio de uma amostra não-probabilística de conveniência.

3.2. Procedimento de Coleta de dados

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista (Anexo A) procedeu-se a coleta na qual aos

participantes foram dadas as informações sobre os objetivos do trabalho, além da apresentação e recolhimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), devidamente assinados. Quanto aos procedimentos éticos deste trabalho, todas as medidas necessárias foram tomadas segundo o Regulamento do Sistema Único de Saúde 2048-09, com protocolo do comitê de ética em pesquisa nº2138/46/01/09.

Inicialmente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A) com três psicólogos, analistas do comportamento, vinculados à pesquisa científica sobre o tema e à formação de acompanhantes terapêuticos. Esses profissionais trabalham em atendimento clínico em *setting* tradicional, também em ambiente natural, além de inserirem ats em alguns casos. As informações fornecidas por eles foram utilizadas para auxiliar no mapeamento dos critérios usados por estes profissionais para escolha de Acompanhante Terapêutico e suas expectativas em relação a eles. Também apontaram características e repertórios que devem ser observados e instalados na formação de um Acompanhante Terapêutico. Em vista da ausência na literatura de uma caracterização mais sistematizada, este procedimento possibilitou que se obtivesse material para subsidiar a entrevista com os participantes.

Assim, foi criado para a coleta de dados da pesquisa um roteiro semi-estruturado de entrevista (Apêndice B), a partir das informações colhidas dos profissionais acima descritos, para utilização com os acompanhantes terapêuticos desta pesquisa. As entrevistas foram conduzidas de modo que outras perguntas pudessem ser inseridas no transcorrer da entrevista - gravada e transcrita literalmente - a fim de alcançar os objetivos da pesquisa, e os nomes de instituições, colegas e professores foram alterados para preservar a identificação.

O acesso aos participantes da pesquisa aconteceu de três maneiras: via núcleos de pesquisa e formação de Acompanhamento Terapêutico, por psicoterapeutas e/ou psiquiatras que inserem este profissional em seus casos e também por indicações dos próprios participantes. Após a realização de uma entrevista, perguntava-se para o participante se ele poderia indicar colegas profissionais que trabalhavam com AT.

3.3. Análise de Dados

As respostas dos participantes à entrevista receberam tratamento de análise categorial do discurso (BARDIN, 1977). Esta técnica consiste no desmembramento do discurso em categorias, em que os critérios de escolha e de delimitação orientam-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados. Para o estudo quantitativo e qualitativo foram estabelecidas quatro dimensões de análise: (a) inserção e permanência na área de Acompanhamento Terapêutico; (b) descrição sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico; (c) questões sobre a formação profissional e; (d) condições que agradam e desagradam nesta prática. A partir dos dados construíram-se categorias de registro que foram quantificadas e constam na seção de resultados. Adotaram-se critérios para categorização, visto que o relato verbal dificulta a criação de categorias excludentes. Desta forma, os totais não correspondem necessariamente ao total de eventos categorizados. A análise foi realizada inicialmente observando-se a frequência absoluta e relativa dos dados coletados e, após esta primeira fase, processaram-se as relações entre as quatro dimensões anteriormente mencionadas.

4. Resultados

Esta seção está dividida em duas partes: a primeira conta com uma breve análise das respostas provenientes das entrevistas com os profissionais colaboradores e a segunda com a apresentação e análise dos dados da entrevista com os acompanhantes terapêuticos. Os resultados estão organizados em categorias e algumas delas representadas em tabelas.

4.1. Seção I – Entrevista com os colaboradores

Mesmo que os objetivos desta pesquisa estejam focados nos participantes ats, apresenta-se a seguir uma breve discussão dos relatos dos profissionais colaboradores que podem servir de parâmetro para alguns dados advindos dos participantes ats. A Tabela 1 oferece a caracterização dos psicólogos convidados.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais colaboradores

	Colaborador 1	Colaborador 2	Colaborador 3
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino
Experiência em AT	17 anos	17 anos	8 anos
Como se inseriu na área	Indicação de professor na graduação	Indicação de Professor na graduação	Interesse pelo tema e Curso de AT

Nota-se na Tabela 1 que o grupo de psicólogos apresenta-se heterogêneo quanto ao tempo de experiência, sexo e forma de inserção. A entrevista realizada foi composta por cinco perguntas abertas, que questionaram sobre a importância do Acompanhamento Terapêutico, como é feita a sua prática, quando seria necessária a inserção de um (ou mais) ats, quais eram os limites da atuação e, por fim, quais eram as suas expectativas com este trabalho. Além disto, foi solicitado que assinalassem, em uma tabela, as afirmações que deveriam ser aplicadas a um at e opinassem sobre as perguntas esboçadas para a entrevista a ser utilizada com os participantes.

Sobre a importância do Acompanhamento Terapêutico, todos eles apontaram a prática como uma ferramenta ou uma modalidade clínica e que a demanda do caso é o que torna importante ou não a participação de ats. Também nota-se nos discursos que o acompanhamento terapêutico pode ser considerado uma prática que é fiel à abordagem da Análise do Comportamento, considerando que o homem se comporta conforme as relações funcionais estabelecidas com o ambiente.

Aquilo que os profissionais chamam de “prática coerente à abordagem” se refere ao tipo de trabalho que o at frequentemente desempenha, ou seja, a intervenção *in loco* que permite ao acompanhante observar e alterar as contingências em vigor e atuar diretamente na ocorrência do comportamento. Os psicólogos entrevistados mencionam que a questão teórica e filosófica do behaviorismo é fundamental para um bom trabalho de AT. Nas entrevistas, a proposta de AT foi defendida de maneiras distintas, enquanto um aponta que o AT não deve ocorrer desvinculado da psicoterapia tradicional no *setting* fechado, outro reflete sobre a possibilidade de intervir e de ter acesso a toda a demanda do caso apenas considerando o ambiente natural.

Todos eles comentaram que a prática mudou com o tempo. Dois colaboradores relataram as alterações da prática do AT baseadas em sua experiência enquanto o outro fundamentou teoricamente, mas todos atribuíram as mudanças de sua prática ao aprimoramento profissional. Descreveram o AT como uma prática efetivada no ambiente natural e que recebe influências e orientações de profissionais mais experientes. Foi unanimidade as considerações sobre atuar em equipe multidisciplinar e sobre a importância de ter um embasamento teórico sólido.

Embora haja diferenças, todas as respostas dos colaboradores apresentavam justificativa teórica para a demanda do caso, explicitando a ideia de que a inserção ou não de um at é uma decisão clínica e precisa ser bem planejada e estar de acordo com os objetivos terapêuticos. O planejamento destes objetivos circunscreve um pouco a amplitude do AT, e um colaborador pontuou que dentre as condições que o at encontra nos atendimentos, a ética deve receber atenção especial.

Por estar em ambientes privativos do cliente, o at precisa observar-se e avaliar se sua atuação está condizente com as propostas terapêuticas, “...se, por exemplo, o at tá com fome, ele não vai propor ir a um restaurante, a não ser que isto seja importante pro cliente...”(C2). Ainda com relação à ética e aos limites, os colaboradores

apontaram também o lidar com o indivíduo: a questão do sigilo e preservação da relação profissional. A disponibilidade de tempo do at foi considerada limitador para a atuação.

A expectativa do AT para estes profissionais é que ele produza mudanças efetivas no repertório do cliente, aumentando a variabilidade dos comportamentos e auxiliando no processo terapêutico. Quanto ao at, espera-se que tenha responsabilidades com o caso, que seja observador e que consiga fazer análises funcionais com os dados acessados do ambiente natural. Os ats devem reunir características pessoais e profissionais para que um bom trabalho seja realizado e as mesmas estão classificadas na Tabela 2, de acordo com a opinião dos psicólogos colaboradores.

Tabela 2. Características que devem ser aplicadas a um at segundo os colaboradores

Características	Frequência de respostas
Apresentar comportamentos empáticos	3
Desenvolver vínculo terapêutico com o cliente	3
Gostar de estudar e ter iniciativa	3
Habilidades teóricas e técnicas anteriormente desenvolvidas	2
Planejar os atendimentos	3
Saber psicopatologia e psicofarmacologia	2
Ser comprometido e responsável com o caso	3
Ser da área de psicologia ou psiquiatria	2
Ser uma pessoa em que você confie	2
Ter capacidade de trabalhar em equipe	3
Ter disponibilidade de tempo	3
Ter feito algum curso sobre AT	2
Tolerar frustrações e adaptar-se a situações inesperadas	3

Em ordem alfabética estão listadas as características que os colaboradores assinalaram como importantes a serem aplicadas aos ats, e na segunda coluna da tabela estão representados o número de psicólogos que assinalaram os itens. Esta tabela oferece um conjunto de características as quais sugerem o que os psicólogos envolvidos com a formação e inserção de ats, esperam deste profissional. A relevância em supor estas expectativas com relação aos ats, se justifica por considerar uma variável que controlaria tanto a formação, quanto o trabalho que o at desempenha nos

casos. Tal suposição pode ser observada nas descrições feitas pelos participantes desta pesquisa, as quais estão próximas desta lista de características.

4.2. Seção II – Entrevista com os acompanhantes terapêuticos

Os resultados que seguem são derivados das entrevistas com os participantes. Foram treze entrevistados e dentre eles, cinco do sexo masculino. Todos possuíam formação superior em Psicologia, sendo apenas um participante com o curso em andamento, graduação de Psicologia. Todos os participantes adotavam o referencial teórico da Análise do Comportamento. Os dados sociodemográficos dos participantes estão representados na Tabela 3.

Tabela 3. Dados sociodemográficos dos participantes

Escolaridade e formação	
Superior completo Psicologia com curso de AT	6
Superior completo Psicologia sem curso de AT	6
Estudante Psicologia com curso de AT	1
Número de casos atendidos em AT, desde sua inserção	
Até três casos	1
Entre quatro e dez casos	6
Entre dez e vinte casos	3
Mais de vinte casos	3
Número de casos em atendimento	
Até três casos	5
Entre quatro e dez casos	6
Entre dez e vinte casos	2
Experiência profissional em AT	
Entre um e três anos	6
Entre três e cinco anos	4
Superior a cinco anos	3
Exercício Profissional	
Autônomo	8
Autônomo (mas sendo indicado por instituições)	2
Vínculo Institucional empregatício	2
Estágio curricular de AT (extensão)	1

O exercício profissional do at apresenta-se predominantemente autônomo, embora haja casos de vínculo empregatício (profissional ou estágio) e o acesso aos casos, segundo os participantes se dá por indicação (institucional, entre colegas de profissão ou outros profissionais da saúde e dos próprios clientes). As respostas dos participantes à entrevista foram categorizadas e agrupadas em quatro dimensões de análise, que serão apresentadas nos subtópicos. Embora algumas perguntas do roteiro sejam diretas, as categorias foram elaboradas a partir da análise global do relato. Há categorias de exclusão mútua e há categorias onde o participante pontua simultaneamente.

4.2.1. Inserção e permanência na área de Acompanhamento Terapêutico

Esta primeira dimensão foi desmembrada em categorias: inserção ao tema, inserção aos atendimentos e justificativas de permanência. Foram considerados nas categorias de “inserção” os trechos que relatavam como o participante teve seu primeiro contato com o AT e quando fez seu primeiro atendimento. Foi pedido para que o at contasse “...como e quando começou na área de Acompanhamento Terapêutico...”. Cita-se a seguir, exemplos de trechos que foram considerados na categoria inserção.

“Então eu comecei a fazer o mestrado e comecei a ter uns contatos.... eu disse que já tinha trabalhado com crianças autistas e tinha experiência e tal, e aí ele (um colega de mestrado) falou assim “então eu tenho uns casos, se eu tiver alguma coisa eu te indico”. Aí passou um tempo, ele me ligou me indicando [...] aí desse (caso), contou pra outros o que eu fazia e aí você vai sendo chamada, as pessoas vão te conhecendo e vão te chamando pra fazer o trabalho...” (P9)

“Durante a graduação, no segundo ano eu fiz um curso de AT. Eu trabalhava no Beta¹ - na época - e eu vi um banner, um pôster, comentando sobre o curso de Acompanhamento Terapêutico e na época eu tava buscando uma alternativa de inserção profissional”. (P5)

“Eu comecei a trabalhar como AT no segundo ano da faculdade, quando eu fiz um curso de AT, só que em Psicanálise... [...]Daí por volta do terceiro, quarto ano da faculdade eu fiz o curso de AT em Análise do Comportamento.” (P7)

¹ Os nomes das pessoas e de instituições foram alterados para evitar identificação.

“Eu acho que eu tava no quarto ano da faculdade. No terceiro ou quarto ano... [...] eu tinha um amigo, que tinha um amigo que precisava de uma AT. Daí foi assim.” (P8).

Baseando-se neste tipo de relato, construiu-se a Tabela 4, onde estão apresentados os números de participantes em cada categoria, a qual foi considerada de exclusão mútua.

Tabela 4. Inserção dos participantes na área de Acompanhamento Terapêutico

				G	PG	
Inserção	Primeiro contato com o tema	Entre os colegas		4	3	
		Em disciplina na faculdade		3	-	
		Não mencionou		3	-	
	Primeiro atendimento	Indicação	Professor		3	2
			Colegas		1	3
		Estágio	Curso de AT		4	-

G- graduação / PG – após graduação

Nota-se então, que a inserção na área de acompanhamento terapêutico ocorre predominantemente na graduação, seja apenas por conhecimento do tema, seja inserido diretamente com a prática. Embora três pessoas não tenham mencionado explicitamente quando tiveram o primeiro contato com o tema, considerou-se a coluna graduação (G), pois relataram que o primeiro atendimento ocorreu durante este período.

Na categoria de “permanência” considerou-se os trechos que, inferidamente, apresentaram-se como justificativas para o participante continuar atuando como at. Os trechos foram localizados em toda a entrevista, mesmo que duas questões (“O que você mais gosta em AT” e “Quais seus planos futuros”) estimulassem este tipo de resposta. Na Tabela 5, os três itens seguem correspondidos por exemplos de relato e frequência de respostas.

Tabela 5. Justificativas dos ats para a permanência na área de acompanhamento

Itens	Exemplo de relato	Frequência de respostas
Coerência com abordagem da Análise do Comportamento	<i>“Gosto do AT por quê... bem, o quê que é o grande trunfo da cena, é: “vamos intervir direto nas contingências”- tudo a ver com a proposta do behaviorismo e tal.” (P5)</i>	10
Observação direta dos resultados e eficácia	<i>“Eu acho que quando a gente vê, quando tem a resposta da criança e que a gente vê que o repertório está sendo instalado... isso é legal! (P2)</i>	11
Predileção pelo atendimento não restrito ao ambiente fechado	<i>“O que eu mais gosto, é aquilo que eu te falei de estar fora do consultório, não que seja o mais legal...mas eu acho que você tem bem mais acesso...”(P6).</i>	9

Os participantes relataram que a prática clínica fora do ambiente de consultório é coerente com a abordagem da Análise do Comportamento e proporciona a observação direta das contingências, o que conseqüentemente gera resultados mais rápidos e efetivos. Além disso, há um aspecto pessoal que foi considerado por todos os participantes como, por exemplo, a preferência pela ausência de rotina e pelo ambiente pouco restrito.

4.2.2. Descrição sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico

Esta dimensão de análise é ampla e abrange múltiplas categorias. Nela foi analisada a exposição minuciosa que os participantes fizeram sobre a sua maneira de proceder no AT, desde o momento da sua entrada no caso até o momento de alta ou desistência, incluindo supervisão e considerações teóricas. Na Tabela 6 encontram-se os itens da categoria “justificativa para o emprego do AT”, exemplos de trechos considerados e a frequência de respostas. É uma categoria onde é possível a pontuação simultânea e os itens da tabela podem ser consideradas descrições da demanda do caso.

Tabela 6. Justificativas para o emprego do AT nos casos que os participantes foram inseridos

Itens	Exemplo de relato	Frequência de respostas
Ampliação de reforços sociais	<i>“... a terapeuta do caso, solicitou o AT por dois motivos: um era uma tentativa de ampliar os reforçadores sociais [...]e outro de evitar a recaída da droga” (P5)</i>	12
Aplicação de técnicas	<i>“A terapeuta disse: “vai na casa, vamos fazer alguns procedimentos pra desenvolver essas habilidades que ela precisa”. Então eu ia pra fazer, era ditado, treino de leitura, coisas bem específicas.”(P3)</i>	9
Atuação imediata no comportamento	<i>“A criança tem uns ataques de birra, então por isso a gente atende em casa. Na hora que a birra acontece, a gente ta lá para orientar os pais...” (P8)</i>	12
Auxiliar na comunicação entre família e equipe	<i>“ As vezes até, não é que o AT seja um subordinado do terapeuta, ou o terapeuta é o principal e o AT é o auxiliar, e as vezes a gente troca de posição, porque o AT leva informação pro psicólogo, que ele não tem.” (P6)</i>	9
Auxílio em atividades cotidianas	<i>“Ajudar no comportamento de estudar, que é uma classe enorme. Aí, de abrir um livro, de olhar na agenda, de grifar um texto, de anotar o que grifou, de fazer uma anotação do lado...” (P2)</i>	13
Diagnósticos Psiquiátricos	<i>“Eram para casos.... desde TOC, Transtorno Bipolar que ai envolve mais Psicopatologias” (P11) / “Eu frequentemente atendo clientes do espectro autista...” (P4)</i>	6
Facilitar a generalização	<i>“O AT é indicado para desenvolver repertório básico... para facilitar a generalização...”(P6)</i>	7
Insucesso da clínica tradicional	<i>“Pra mim, os primeiros (casos) sempre chegaram assim, o consultório não ta dando conta [...]” (P13)</i>	6
Observação do ambiente natural	<i>“E tinha casos que o cliente fala muito com o terapeuta, mas não falava da família, não falava dos amigos e o psicólogo tinha dificuldade de generalizar e, muitas vezes, não tinha mais muitos recursos. Ficava muito só o cliente e o terapeuta. E ai inseria alguém para ver como ele se portava na rua, com a mãe, na família...” (P6)</i>	10
Oferecer modelo e desenvolver repertórios	<i>[...] Olha, por exemplo, essa questão de como se portar numa mesa, tem cliente que não tem essa habilidade... A gente precisa ” (P6)</i>	4

Consideraram-se justificativas para o emprego do AT, os trechos que faziam referência às necessidades do cliente e/ou do terapeuta que poderiam ser supridas com a prática do AT. Além disso, foi solicitado que o participante descrevesse o que faz nos casos que atende. A frequência dos itens foi medida pela ocorrência de pelo menos uma menção.

Cada caso tem sua particularidade e sua demanda exclusiva, porém a escolha de adotar o atendimento fora da clínica tradicional tem suas similaridades e a prática do AT, segundo os relatos, se preocupa com a observação das contingências em ação, planejamento e intervenção sobre as variáveis de controle no momento em que elas acontecem. Segue na Tabela 7 os itens elaborados para analisar o que o participante faz quando atua como at.

As ações dos ats, em atendimento no ambiente fora do consultório, diferem pouco da prática do terapeuta comportamental em consultório. Em alguns contextos o trabalho do at está atrelado às propostas terapêuticas de um profissional mais experiente que o orienta. Nesta configuração de equipe, aparece mais um item na descrição de práticas que é o “receber instruções do coordenador do caso”. Este item considerou as descrições do at como executar algo proposto por profissionais mais experientes, os quais, provavelmente, o indicaram para o acompanhamento porque não têm possibilidade/disponibilidade de fazer o atendimento extraconsultório. Vale ressaltar que não foram abarcados neste item os aspectos de supervisão clínica.

Tabela 7. Ações que ats desempenham nos casos encaminhados para AT

Itens	Exemplo de relato	Frequência de respostas
Aplica técnicas (EPR, exposição ao vivo, programas pedagógicos, matching)	<i>“Fazia um programa de ensino de alfabetização e aí também eu utilizava esse programa com ela e trabalhava brincadeiras” (P9)</i>	10
Observa o cliente e suas interações	<i>“O meu trabalho na escola era observar como ele interagia com as outras crianças, com os professores, e procurar identificar quais eram as situações que favoreciam esses comportamentos problema...” (P5)</i>	11
Orienta ações específicas do cliente	<i>“Fui instruir os pais diretamente, eu fazia sessão com os pais, eu saía com os pais...” (P11) / “Daí eu falei para ele: ‘O que você acha de montar um cronograma?’” (P7)</i>	13
Orienta os pais/professores	<i>“O menino estava batendo a cabeça na parede, extinção! Daí a gente falava pras crianças “ninguém olha!”, orientava os professores e tal. E acho que isso era o principal.”</i>	11
Participa de situações cotidianas	<i>“dar continuidade num programa de alfabetização, feito por outra terapeuta e aí, englobar outras coisas como: ficar na sala de aula, [...] como tomar lanche com as crianças, não só brincar... pedir as coisas, dizer o que quer...” (P1)</i>	13
Planeja as intervenções	<i>“... a gente tá sempre pensando no que ele tá trazendo de informações novas. Então a gente sempre tem que fazer, avaliar, avaliar e tal ... Ver qual a variável, avaliar o que ele trouxe, a variável, e reavaliar...” (P11)</i>	12
Treina repertórios alternativos	<i>“Esse cliente tem um problema de movimentação ocular [...] só que ele não consegue parar quieto, ele fica tentando achar um lugar pro olho dele ser melhor e aí eu fui pra casa pra fazer também um treino de sentar reto, de começar a conseguir uma postura melhor, que apesar das dificuldades que ele tem, ele conseguiu um jeito mais adequado, porque na classe ele tem muitos problemas em relação a isso...” (P3)</i>	8
Troca informações com a equipe	<i>“A gente tem uma pessoa que é especialista em alfabetização, então ela ajuda a gente. A gente tem reunião de 15 em 15 dias com essas pessoas.” (P8)</i>	10

Deste modo, revela-se outra possível particularidade do AT, visto que o psicólogo que atende no ambiente tradicional de consultório, mesmo fazendo parte de uma equipe multidisciplinar, não recebe instruções para seu atendimento. Se este psicólogo clínico que atende em consultório for um profissional menos experiente,

adotar ou não uma supervisão fica ao seu critério, embora a literatura e os profissionais mais experientes aconselhem.

Sobre a supervisão, aponta-se que não se difere daquela proposta para o terapeuta que atende em clínica fechada. Dois participantes relatam não fazer supervisão e o restante discute os casos com professores (1 participante), psicólogos responsáveis pelo caso (3), com supervisores particulares (3) e com a equipe multidisciplinar envolvida no caso (4). Entretanto, o participante que não faz supervisão é supervisor de um grupo de ats.

Nas supervisões e/ou discussões de caso o relato verbal é o instrumento dominante, seja oral ou escrito. Alguns comentam a possibilidade da supervisão via *internet* em que, preservando a identidade de seus clientes, descrevem os atendimentos para o supervisor ou para a equipe e a discussão é feita *online*. A supervisão *online* foi justificada pela impossibilidade de encontrar-se pessoalmente com o supervisor ou com a equipe e pela necessidade de fazer permutas frequentes de informações do caso, devido a intensidade dos acompanhamentos e da severidade dos casos.

“A gente também conversa muito por e-mail. Porque temos um grupo e não teria como, fisicamente, nos reunirmos toda semana, porque a gente tá ‘pra lá e pra cá’. A gente faz isso por e-mail, e são inscritos só membros do grupo e também tem a questão ética, coloca só a inicial, não falamos nome de pai, nem de mãe...” (P6).

A discussão do caso em supervisão acontece individualmente ou em grupos, porém dentro deste grupo de participantes seis deles descreveram as supervisões em grupos e/ou duplas, declarando os benefícios de maior exposição aos repertórios terapêuticos dos colegas. Como o at comumente tem sido alguém com menor experiência, três participantes afirmaram, durante a entrevista, que a supervisão tem papel fundamental na formação de at – que ainda está se consolidando.

4.2.3. Questões sobre a formação profissional

A composição desta terceira dimensão envolve os aspectos que, de acordo com participantes, precisam ser observados e alterados na formação do at. Foram

considerados trechos de opinião pessoal sobre a formação geral de ats e sobre a própria formação do participante. Sete deles apontaram a necessidade de treinar a prática do at e instrumentalizar melhor o profissional, o que se entende como o ensino de teoria, técnica e metodologias que objetivam o alcance de um resultado terapêutico. Os ats – de modo geral – vêm importância em fortalecer o embasamento teórico e ampliar a discussão sobre a literatura em AT, que ainda é incipiente. *“A formação conceitual, o embasamento teórico é importante [...] e faltam publicações na área, que dêem diretrizes mais claras.”* (P5).

A discussão sobre o AT e a tentativa de elaborar tais diretrizes pode favorecer na disseminação do trabalho para a comunidade. Onze ats comentaram sobre a falta de conhecimento da população e do grupo de profissionais da área para com o trabalho de AT e que há necessidade de divulgação e esclarecimentos sobre a prática. O desconhecimento daquilo que o at faz, dificulta também o reconhecimento do trabalho, então,

“[...] tem profissionais renomados, de psiquiatria, por exemplo, que não têm o conhecimento do que um at faz. Então, encaminha para um psicólogo que está na clínica, que acaba encaminhando para um at. Às vezes o at é tão qualificado – ou mais qualificado – que o psicólogo que está na clínica.” (P6).

Os critérios para avaliar a qualificação do profissional estão relacionados com atividades acadêmicas e tempo de experiência. Neste sentido, seis participantes criticam a qualidade da formação em AT. E apontam que ela ocorre em um período curto para a complexidade de sua função.

Como exposto anteriormente, para desempenhar o trabalho, o profissional não precisa, necessariamente, fazer um curso específico de AT e muito menos receber tal denominação, porém é unânime que o at tenha uma formação teórico-técnica sólida. *“[...] é bacana ter sim, um curso de AT, fazer um curso de AT pra você se aperfeiçoar se você quiser, mas acho se você tiver uma boa formação [...] você pode tranquilamente ser at.”* (P11).

Tabela 8. Questões levantadas pelos participantes sobre a formação profissional do at

Item	Frequência de respostas
Instrumentalizar o at/ treinar a prática	7
Necessita mais discussão teórica/embasamento	8
Disseminar mais o trabalho o AT/prática pouco conhecida	11
Formação rápida para uma atuação complexa	6
Nomenclatura pejorativa dentro de uma equipe	7

A Tabela 8 apresenta as categorias que compõem as questões sobre a formação profissional, seguidas da frequência de respostas correspondente. Esta também é uma categoria múltipla, portanto os ats pontuam em quantos itens houverem mencionado em seu relato global.

4.2.4. Condições que agradam e desagradam nesta prática

As controvérsias sobre o termo apropriado para denominar o trabalho fora do consultório se amplia quando nesta última dimensão de análise, os participantes apontam que é comum o at ser um profissional pouco valorizado dentro da equipe.

“Eu tenho a crítica de como ainda a comunidade de psicólogos vê o at como um cara menor assim, um cara que não é tão bom o suficiente pra ta no consultório...” (P13)

A desvalorização dos ats é um item que compõe a categoria de “Condições que os participantes qualificam como desagradáveis no AT”. Além do preconceito com o termo, foram mencionados aspectos como o deslocamento, a restrição de número de casos – devido ao tempo gasto com deslocamento e com cada atendimento (cerca de 2h30 a 3h), a dificuldade que alguns familiares têm em aceitar o Acompanhamento Terapêutico, o tornar-se o principal articulador de informações entre cliente, família e equipe, e o retorno financeiro.

“O que eu menos gosto, lógico que faz parte do trabalho mas, sendo o at você é um articulador entre família, psicólogo, psiquiatra... então você toma “bomba” de todos os lados. A mãe reclama com você, o psiquiatra fala pra você fazer tal coisa... e aí a gente tem que filtrar muitas coisas que a família fala, que o psiquiatra fala... Você tem que estar sempre atento o que você fala para cada profissional, porque tem profissionais de várias teorias, então o at é um profissional que sofre muita pressão”. (P6)

A análise desta categoria será contemplada também na Tabela 9, onde cada item seguirá dos número de participantes que mencionaram o tema como algo negativo para o AT.

Tabela 9. Condições que os participantes qualificam como desagradáveis no AT

Item	Frequência de respostas
Deslocamento	12
Cancelamento da sessão (esquiva)	3
Dificuldade do cliente/família aceitar o AT	2
Preconceito com o termo AT	8
Restrição de números de casos (tempo)	11
Retorno financeiro	6
Tornar-se principal articulador entre cliente, família e equipe	4

O deslocamento foi o tema mais recorrente entre os ats quando questionados sobre algo que não lhes agradasse na prática. Desses treze participantes, doze deles mencionaram o deslocamento e o trânsito como a principal condição problemática. Também apontaram que a esquiva do cliente (ou da família) é um entrave para o atendimento, embora seja esperado que isto ocorra em alguns casos. Assim como a dificuldade que a família e o cliente apresentam em aceitar o AT.

Enquanto nas condições agradáveis no AT, nota-se o item “relação mais próxima com o cliente”, que confirma o interesse dos profissionais em estabelecer com o cliente uma relação terapêutica positiva. No trecho seguinte, um participante comenta sobre a experiência de ser retirado do caso devido às impressões familiares e, completa com a importância do papel do at e desta articulação entre família e cliente.

“[...] um pai queria fazer AT de estudo com filho, daí viu meu brinco e não me curtiu. Disse que queria alguém mais sério e tal. E isso mostra o quão importante o papel do at é. Ele invade, entre aspas, a casa da pessoa e muitas vezes acaba se relacionando com filhos e pais que já não tem uma relação muito boa.” (P6)

Foi considerado como agradável também, a ausência de rotina e imprevisibilidade no atendimento. A possibilidade de improvisar e de testar alternativas no momento em que o comportamento ocorre são aspectos valorizados pelos ats. Além disso, o fato de não depender exclusivamente do relato verbal permite,

segundo os entrevistados, alcançar mudanças mais efetivas e, de certa forma, mais rápidas. A Tabela 10 exhibe outros itens que compõem a categoria “Condições que os participantes qualificam como agradáveis no AT”, seguido do número de respostas.

Tabela 10. Condições que os participantes qualificam como agradáveis no AT

Item	Frequência de respostas
Ampliar as possibilidades de atendimento/intervir no momento em que o comportamento ocorre	11
Conseguir alcançar os objetivos terapêuticos e ver as mudanças no caso	7
Estar fora do consultório	9
Não depender apenas do relato verbal	6
Não ter rotina/ Imprevisibilidade no atendimento	7
Possibilidade de ampliar o repertório profissional	4
Relação mais próxima com o cliente	3
Ter acesso a muitos ambientes com o cliente (parques, shoppings, feiras, museus)	2

Contudo, o atendimento fora do consultório permite que o at frequente ambientes que também aprecia, como museus, parques, shoppings e, mesmo que o profissional esteja sob controle da demanda terapêutica, é possível que o at usufrua particularmente destas saídas.

Ainda com objetivo de mapear os possíveis reforçadores que mantêm o at trabalhando fora do consultório, perguntou-se sobre seus planos para o futuro. A pergunta foi elaborada de modo a não restringir a resposta ao campo profissional, entretanto – provavelmente pelo contexto da entrevista – foram obtidas respostas que indicavam planejamentos profissionais. Os itens da categoria “Planos dos ats para o futuro” estão dispostos na Tabela 11, seguidos das frequências de respostas.

Tabela 11. Planos dos ats para o futuro

Item	Frequência de respostas
Investir na formação profissional/cursar uma pós	13
Continuar com o trabalho de AT/atendimento fora do consultório	10
Diminuir os atendimentos de AT e aumentar os horários de clínica tradicional	5
Disseminar o trabalho de AT	7

Todos os ats planejam investir em sua formação profissional e dez deles estão envolvidos com a carreira acadêmica, cursando mestrado e/ou lecionando. A disseminação do trabalho de AT foi discutida também neste ponto da entrevista e sete

ats explicitaram os planos ministrar cursos e palestras, desenvolver novos projetos assim como fazer convênios com instituições para divulgação e expansão do trabalho. Apenas cinco profissionais pretendem diminuir os atendimentos fora do consultório e aumentar os horários da clínica tradicional, por questões financeiras, disponibilidade de tempo e pelo desgaste do deslocamento.

Todos os participantes relataram em algum momento da entrevista que o AT tem um papel importante para a clínica e que se identificam com este tipo de atendimento, seja pelo *setting*, pela proposta teórica e/ou pelos resultados terapêuticos observados.

5. Discussão

Os resultados das entrevistas demonstraram que o perfil do at está em constante mudança e que caracterizá-lo implica na consideração de muitas variáveis. O acesso aos participantes desta pesquisa foi difícil, primeiro porque esta parcela de profissionais está concentrada em grandes centros urbanos, segundo, pela falta de disponibilidade dos ats para conceder a entrevista e por último porque o planejamento inicial de contatá-los via instituições e grupos de pesquisa não foi eficaz. Como alternativa, optou-se por solicitar ao participante, ao final de cada entrevista, indicações de colegas ats.

A rede de contatos entre os ats é ampla e desta forma foi possível abranger um número maior de profissionais. No entanto, foram contatados número superior a trinta ats, efetivadas dezesseis entrevistas e descartadas três. Durante a coleta, seis ats desmarcaram a entrevista e não puderam agendar novamente. Como o grupo de ats que compõem os participantes deste trabalho foram indicados pelos seus colegas, fazendo parte de uma mesma rede, deve-se observar dados similares e unanimidades como características próprias de um grupo que compartilha de um mesmo contexto.

Ao questionar os profissionais que estão envolvidos com a formação do at, observou-se uma série de condições fundamentais para a realização de seu trabalho, como o conhecimento teórico sólido, habilidades pessoais de traquejo social e disponibilidade de tempo. Porém, não é possível delimitar como o acompanhamento terapêutico acontece visto que cada profissional, considerando seus ideais teóricos e filosóficos, propõe um tipo de intervenção. Muito provavelmente, a única característica em comum e sem exceções é o atendimento extraconsultório. Ressalta-se que os dados provenientes da entrevista com os colaboradores convergem com os dados de Thomaz, Silva, Alencar, Dias e Cavalcante (2007) que propuseram dois estudos com o objetivo de investigar formas de avaliação e seleção de ats.

Não é tratado na literatura como se dá a inserção do at na área, pois quando se discute inserção os autores têm procurado pesquisar sobre a proposta do acompanhamento terapêutico. Os dados referentes à inserção demonstraram que ela ocorre predominantemente na graduação e, embora não tenha sido observada

diretamente em outras publicações, há evidências de que é um dado coerente com aquilo que foi produzido em AT. Ao pesquisar as características do at, lê-se que frequentemente é um estudante (LONDERO et al, 2010; ZAMIGNANI; WIELENSKA, 1999; ZAMIGNANI et al, 2007), portanto tem seu primeiro contato com o tema e efetua seu primeiro atendimento na graduação. Inclusive, retoma-se a caracterização dos psicólogos colaboradores e observa-se que sua introdução ao AT também aconteceu na graduação e por indicação de um profissional mais experiente.

Ainda que cursos tenham surgido e as informações sobre o AT tenham sido disseminadas, o atendimento no ambiente do cliente é um trabalho que demanda do at um repertório terapêutico bastante refinado. Com isso, a participação de estudantes ou de profissionais recém formados ocorre por indicação de professores que, em algum momento, avaliaram este aluno. Mesmo que parte dos participantes desta pesquisa tenha apontado a sua inserção aos atendimentos dentro de cursos de AT, parece haver mais profissionais inseridos via indicação, principalmente de professores. A escolha para que este profissional tenha uma menor formação e experiência pode ser justificada por algumas razões: a possibilidade de prática supervisionada, a disponibilidade de tempo, além do baixo custo do serviço, pois este tipo de trabalho feito por um profissional experiente poderia inviabilizar o tratamento.

Vale ressaltar que a caracterização do acompanhante terapêutico como um estudante difere da amostra disponível nesta pesquisa onde doze participantes são profissionais graduados e, em sua maioria, com pós-graduação em andamento ou titulados mestres. Supõe-se que a exigência para fazer este trabalho tenha aumentado conforme a prática vem sendo pesquisada e consolidada, ou então ao ser mais difundida, se tornou mais uma opção de área de atuação para os terapeutas. Quando menos conhecida, ou avaliada como um trabalho que era auxiliar ao processo terapêutico, os profissionais que faziam AT visavam o aprimoramento e ascensão para o terapeuta de gabinete. *“Eu não vejo o AT como muitas pessoas veem, o AT como uma escada para ser terapeuta. Eu acho que pode até rolar naturalmente e até por uma questão financeira...”* (P6)

As características dos ats fomentaram muitas discussões e o problema que parece imperar é a forma como, até hoje, tem-se denominado o trabalho fora do consultório. Zamignani et al. (2007) descreveram o at como um estudante que ainda não possui formação e faz o atendimento fora do consultório. Quando o profissional

possui a formação, denomina-se psicólogo e/ou terapeuta, independentemente se atende fora ou dentro do consultório e/ou se está envolvido em equipe multidisciplinar. Sobre a característica auxiliar do AT também se aplica somente aos estudantes, haja vista a impossibilidade de o mesmo assumir o caso. Observa-se ainda que nesta pesquisa os ats são os responsáveis pelos casos (exceto o estudante) mesmo que tenham sido indicados por um colega mais experiente ou que atendam em duplas e equipes.

Não há estudos que mensuram o tempo de permanência do profissional na área de Acompanhamento Terapêutico e tampouco as justificativas para continuar atendendo fora do consultório. A predileção pelo atendimento não restrito ao ambiente fechado provavelmente está relacionada - além do gosto pessoal, que envolvem características individuais de cada terapeuta - com a filosofia behaviorista: o “*comportamento é uma interação entre indivíduo e ambiente.*” (SKINNER, 1953/1967). A psicologia na perspectiva analítico-comportamental enfatiza as relações funcionais e o comportamento compreende-se em um processo contínuo. No atendimento fora da clínica tradicional, o terapeuta é exposto a contingências que talvez não tivesse acesso dentro do consultório. Tal exposição permite além de uma coleta de dados mais fidedigna, intervenções diretas em algumas situações críticas.

Neste ponto, ressalta-se uma questão sobre aspectos profissionais da geração dos participantes. Há de se considerar que os ats encontram-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, apelidada de Geração Y² que, segundo pesquisadores de administração, apresentam necessidade de flexibilidade e pouca rotina no trabalho, condições recorrentes fora da clínica tradicional (CORTONI; CORTONI, s.d).

O acompanhamento terapêutico ou atendimento extraconsultório apresenta particularidades e semelhanças à terapia de gabinete. O item que recebeu maior número de menções quanto a justificativa para o emprego do AT foi “auxílio em atividades cotidianas” seguidas de “ampliação de reforços sociais” e “atuação imediata no comportamento”. Londero e Pacheco (2006), apresentaram um estudo sobre o encaminhamento para o AT e observaram que as indicações são influenciadas pelas “incapacidades funcionais” do cliente, que envolvem desde as habilidades mais

² Geração Y é uma expressão adotada nas ciências administrativas para representar os profissionais nascidos a partir da década de 80 e que possuem habilidades e interesses característicos, decorrentes do contexto histórico-tecnológico.

básicas, como cuidados com a higiene, autogerenciamento, autocontrole e atividades de vida diária até planejamentos para adesão ao tratamento. Também são indicados para a população que tem comprometimento na capacidade de relacionamento social, seja por quadro sindrômico ou não. A observação do ambiente natural é fator fundamental para o AT, entretanto não aparece nesta pesquisa como objetivo principal para introdução do at no caso e sim como parte da análise e planejamento de intervenção.

Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani (1999), Oliveira (2000), Zamignani e Wielenska (1999), indicam que o papel desse profissional tem sido de acompanhar o cliente nos ambientes em que aparecem dificuldades pessoais e onde suas queixas se fazem presentes. Dessa maneira, o at pode analisar e observar a situação problemática no momento em que ela ocorre, assim como o comportamento do atendido (OLIVEIRA; BORGES, 2007).

Até dado momento, é comum o acompanhamento terapêutico ser solicitado em ocasião de desinternação psiquiátrica (CAUCHICK, 2001; SIMÕES, 2005; SILVA, 2005). Todavia sua indicação tem sido relevante para casos de restabelecimento de contatos e repertórios sociais (CABALLO; IRUTIA; ARIAS, 2010), de manutenção de um cotidiano mais adaptativo ou de criação de novos espaços produtivos para o indivíduo, de doenças físicas/biológicas limitantes, quadros psiquiátricos, dependências químicas e complicações geriátricas (LONDERO et al, 2010).

O at também é indicado em casos onde é preciso articulação de informações em equipe, sendo este profissional o responsável por comunicar dados e análises à rede de atendimento do cliente. Como o at está inserido em um ambiente que o restante da equipe, muitas vezes, não está, ele possui informações e análises funcionais privilegiadas, que contaram com observações diretas do comportamento. Com estes dados, o profissional reúne-se com médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e também orienta professores, babás, pais e outros familiares. Ressalta-se tais situações como condições para que o Acompanhamento Terapêutico aconteça.

Estar no ambiente do cliente também facilita a generalização dos comportamentos. *“A manutenção de comportamentos desejados e sua generalização para outras situações é intensificada quando o tratamento é feito em casa, na escola ou na instituição onde o paciente vive.”* (p. 75, KANFER; PHILLIPS, 1970). Nestes

termos, não se encontram publicações sobre o at como facilitador da generalização, contudo é papel da terapia comportamental promover a generalização e autonomia do indivíduo e o ambiente natural tem sido considerado mais capaz de promovê-la. O at planeja atendimentos e arranja contingências mais próximas do ambiente natural do cliente, potencializando o acesso aos reforçadores e a emissão do ‘novo’ comportamento.

Do grupo pesquisado, seis participantes mencionaram que a indicação para o AT deriva-se da insuficiência da clínica tradicional em alguns casos corroborando a literatura que aponta que tal dificuldade recomenda a inserção (CRUZ; LIMA; MORAES, 2003; THOMAZ; NICO, 2003; ZAMIGNANI; WIELENSKA, 1999). Além disso, vale ressaltar que na história da terapia comportamental (GUILHARDI, 2008) os atendimentos eram predominantemente em ambiente natural. Com o tempo e as severas críticas aos procedimentos de modificação de comportamento, foi adotada uma prática terapêutica de gabinete, isto é, a atuação se restringiria a interações verbais no espaço físico do consultório (GUEDES, 1993). Criticando a terapia de gabinete e fortalecendo a idéia de que para alguns clientes as sessões dentro do consultório – onde o verbal é dominante – é insuficiente, a autora afirma que as “...*contingências artificiais na sessão têm pouca chance de competir com as contingências em geral mais antigas, mais significativas e mais frequentes da vida do sujeito*” (p.84).

As justificativas para o emprego do AT tornam-se determinantes para aquilo que o profissional deve desempenhar no caso. Ao solicitar descrições sobre sua prática, os itens convergem aos elaborados anteriormente na categorias de justificativas. Participar de situações cotidianas é um exemplo desta proximidade e os ats relataram os casos a partir deste papel. Acompanhar no cotidiano é, assim como atender no ambiente natural, particularidade do AT (SIMÕES, 2005; VARELLA; LACERDA; MADEIRA, 2006) e para Análise do Comportamento tem sido considerada a possibilidade de oferecer modelo e variabilidade comportamental para o cliente que apresenta *déficits*.

Assim como dentro do consultório, o atendimento fora dele possui etapas iniciais, de desenvolvimento e finais. O contrato inicial com o cliente, embora pouco mencionado entre estes participantes (3) faz parte do procedimento inicial do AT. Explicam-se as propostas de intervenção, objetivos, valores, dias e horários dos

atendimentos. A baixa frequência de respostas neste item talvez não indique que os ats não atentem a esta etapa; é possível que tenham incorporado como premissa básica para qualquer tipo de prática psicológica ou a pergunta não foi clara o suficiente para eliciar este tipo de descrição. O restante dos itens tiveram frequência superior a dez menções, sendo a categoria “Ações que ats desempenham nos casos encaminhados para AT” de pontuação múltipla, ou seja, mais de dez participantes mencionaram todos os itens durante a entrevista.

Esta pontuação permite, até certo ponto, construir um perfil do que se faz quando em acompanhamento terapêutico ou em atendimento extraconsultório. Então, o at aplica técnicas no ambiente do cliente, seja por orientação de outro profissional ou pela própria análise e planejamento. No nível tecnológico, existe conjunto de técnicas derivadas de pesquisas realizadas e em geral são manipulações diretas de eventos antecedentes e consequentes, como exemplo a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR), sistema de pontos, procedimento de *time out*, reforçamento ou extinção sensorial ou social, programas de treino de habilidades específicas. O at deve utilizar as técnicas como um instrumento do seu trabalho e reconhecer que a sua atuação não se resume à aplicação das mesmas. O uso de técnicas comportamentais, desvinculadas dos outros níveis de análise, não são aconselhadas por não garantem o resultado esperado e, não servem de critério para a caracterização de uma terapia comportamental.

Os entrevistados comentam que frequentemente oferecem instruções verbais no AT. Seria pouco provável que, neste estudo, surgissem dados contrários a este, visto que o at tende a ser um profissional mais diretivo. “*Tem uma parte no AT, que é mais dirigida, mais diretiva. Então você vai fazer at, você vai fazer coisas com o cliente, vai tomar frente, você vai dar recomendação...*” (C1). Sobretudo porque fala-se de interações e elas, sejam terapêuticas ou sociais, estão atreladas ao comportamento verbal. O relato dos participantes deixa claro que a proposta de acompanhamento terapêutico acontece com os dois objetivos (como auxiliar à psicoterapia e como proposta de atendimento integralmente extraconsultório).

O fato de planejar as intervenções foi mencionado por doze participantes e sugere que, independentemente da demanda clínica, o profissional precisa ainda mais organizar e planejar os atendimentos, principalmente porque está em um ambiente

menos controlado e mais imprevisível (LONDERO; PACHECO, 2006). Mesmo quando o at é subordinado a um terapeuta mais experiente e segue as orientações de intervenção, fica clara a relevância em planejar o que será feito. O participante que ainda não estava formado comentou: *“É que são muitas situações inusitadas, sabe... Se você não tiver afinadinho com a teoria, não tiver planejado seu atendimento, o terapêutico se perde do acompanhamento...”*. O planejar aparece aqui como peça fundamental para o desenrolar do atendimento.

O at também treina repertórios alternativos, ou seja, ao analisar quais contingências estão em ação na emissão de um comportamento-problema, o profissional juntamente com o cliente elaboram alternativas para aquela situação e as colocam em prática juntos. Os casos onde há *déficits* em habilidades sociais ou os padrões comportamentais estão bastante rígidos e comprometem a vida do indivíduo, o treino de repertório alternativo é frequente e eficaz (GAMBRILL, 2002) e o acompanhante serve de modelo e de suporte para o cliente.

Este tipo de caso demanda intervenções em equipe multiprofissional e é característico do at estar inserido neste contexto (AYUB, 1996; BARRETO, 1998; BENEVIDES, 2007; CARVALHO, 2002; GUERRELHAS, 2007; LONDERO et al, 2010; MAUER; REZNISKY, 2008, PITIA, 2005; SIMÕES, 2005; VIANNA; SAMPAIO, 2003; ZAMIGNANI; KOVAC; VERMES, 2007), não obstante três pessoas não terem mencionado a permuta de informações com a equipe, o que pode apontar mais uma configuração possível no atendimento extraconsultório.

Essa outra configuração que surge como dado, assemelha-se com o que Vianna e Sampaio (2003) comentam sobre o at que não está vinculado a outro psicólogo (coordenador do caso) ou psiquiatra, o que faz com que precise assumir o papel de terapeuta clínico e de acompanhante simultaneamente. De qualquer maneira, todos os profissionais envolvidos necessitam de contatos constantes, para que seja viável a complementação dos trabalhos e também porque, dessa forma, há a possibilidade de se realizar uma análise mais ampla em função dos diferentes pontos de vista e diretrizes sobre um mesmo quadro (BAUMGARTH; GUERRELHAS; KOVAC; MAZER; ZAMIGNANI, 1999).

Estes mesmos autores e também Zamignani e Wielenska (1999) são expressivos quando apontam a necessidade da supervisão. Concordando com isso, os

ats desta pesquisa relataram fazer supervisão frequentemente e acrescentaram a opinião sobre a importância dela no acompanhamento terapêutico. *“Acaba que na supervisão a gente não discute só o nosso caso, né... Escuta o de todo mundo, dá palpite [...] isso ajuda a gente se formar... Não só at, sabe?! Terapeuta, eu acho...”* (P10). Este trecho ilustra o que Moreira (2003) ressalta sobre a supervisão: deve objetivar não só o desenvolvimento dos casos, mas também a formação do psicoterapeuta.

Ulian (2007) investigou a formação profissional de analistas do comportamento, considerando o material produzido em supervisões clínicas. Nota-se uma crescente preocupação com a qualificação dos psicólogos nas pesquisas clínicas. Também foi objetivo desta pesquisa, analisar as questões de formação profissional segundo a opinião dos ats. Todos, de alguma forma, relataram a necessidade de uma formação sólida em Análise do Comportamento e pontuaram a incipiência da produção em AT. As publicações ainda são poucas perto daquilo que os participantes acreditam ser importante para formação de um profissional que atende fora do consultório, incluindo a necessidade em disseminar o trabalho. Além disso, observou-se críticas severas a formação rápida para uma atuação complexa.

Na cidade de São Paulo existem alguns cursos de AT e eles duram em média um ano. Sabe-se que um curso de especialização em Análise do Comportamento ou em psicologia clínica tem dois ou mais anos de duração e, desta forma, embora os participantes desta pesquisa não defendam que um at deva necessariamente ter feito um curso de AT, foi apontada a incorência da formação de um profissional at - que fica muito mais exposto às contingências e às múltiplas variáveis de controle - ser menor do que daquele profissional que pretende atender em um ambiente mais controlado, como o consultório. *“Muitas vezes é aquele que menos sabe, atendendo os casos mais graves no ambiente mais complexo”*(P4).

Corroborando a discussão de Londero e Pens (2010), Oliveira (2000), Zamignani e Wielesnka (1999), instrumentalizar o at e treinar a prática também foi comentado nesta categoria. O acompanhante terapêutico ou o terapeuta de extraconsultório deve apresentar habilidades refinadas para dar conta dos casos que demandam este tipo de intervenção e os participantes desta pesquisa parecem se

preocupar com isto também. Questionaram sobre aspectos teóricos do próprio Acompanhamento Terapêutico, explicitando que:

“... não o behaviorismo radical, não a base filosófica da Análise do Comportamento, não isso. Mas eu acho que falta até publicação na área de acompanhamento terapêutico. É pouco claro quais são os casos que demandam o AT, quais são os casos que não demandam. E as vezes é pouco claro... e nem sei até que ponto é possível diferenciar o que é função do at e o que é função do terapeuta! Tem vezes que não tenho tanta clareza se eu estou ultrapassando limites...” (P5)

Outra questão que não está diretamente ligada à formação do AT, porém emergiu na entrevista, quando questionados sobre a formação e sobre as condições desagradáveis na prática, foi a denominação acompanhante terapêutico admitir caráter pejorativo dentro de uma equipe. Este ponto tem sido cuidadosamente pesquisado pelos interessados em AT, pois há divergências éticas e teóricas sobre nomear ou não o profissional que atende fora da clínica, de acompanhante terapêutico. Ressalta-se os seguintes trechos para ilustrar dois pontos de vista sobre a nomenclatura “acompanhante terapêutico”:

“Eu fui levar meu cartão para meu supervisor lá no Sigma e entreguei para ele. Tá escrito (no cartão) ‘Psicóloga’, né... então ele (o supervisor) perguntou: ‘Porque invés de psicóloga você não colocou acompanhante terapêutica?’. Ué! Eu sou Psicóloga!! E acho que é um pouco isso, acho que eles não sabem exatamente o que a gente faz.” (P8)

“Eu já escutei ‘fulano de tal é psicóloga e fulana de tal é a at’. Sabe, diminuindo a pessoa por ser at? Então eu acho que existe um preconceito sim, com o termo, mas pra mim, sou a at, sou a psicóloga e trabalho. Pra mim não vai fazer diferença nenhuma, mas pra muitas pessoas existe essa diferença. [...] pra mim a diferença é o setting, só.” (P9)

“... se você for pensar, ser at define um pouco o que eu faço... Por exemplo, eu não sou formado ainda então eu sou at. Não sou psicólogo ainda, sabe...” (P11)

Percebe-se que quando o at possui a graduação, ele presta um serviço de psicologia como psicólogo e o termo at, em algumas situações pode ser pejorativo, indicando menor qualificação, enquanto no outro caso, onde o profissional é um estudante o termo “acompanhante terapêutico” aparece como valor positivo. Ainda não é possível afirmar se a utilização ou não deste termo interfere na prática do profissional que atende em ambiente natural. “... AT é só uma nomenclatura que é dada, acho que

quando é uma pessoa que ainda não é formada, é um estagiário, como em qualquer outro lugar, então, ser at - ou não - é estagiário de qualquer forma. Ainda não é formado...” (P9)

Em todo caso, há profissionais que defendem que a expressão por si só não determina qual a função do at e o que ele faz, na Análise do Comportamento. Por outro lado, tornou-se representativo a um tipo de atendimento para a comunidade usuária e para outras abordagens.

“Eu não gosto do nome! Para mim isso é intervenção comportamental extraconsultório. Não tem “acompanhante terapêutico”- risca isso!! [...] Você tá manipulando variáveis da mesma forma que manipula no consultório. É exatamente a mesma coisa só que muda o setting e as variáveis a que tenho acesso [...] então o AT me parece o nome de um produto. A gente ‘vende’ isso como AT, o que na prática não difere em nada!” (P4)

Pode-se supor que a denominação seja indicativa da proposta de intervir no ambiente do cliente. Mesmo que historicamente a terapia comportamental tenha se consolidado a partir de práticas no ambiente natural (WOLPE, 1976), a psicologia clínica sofreu muitas influências dos conceitos freudianos, que pressupunham um controle rigoroso das variáveis do *setting* tradicional (ZAMIGNANI; VERMES, 2010).

Ainda sobre as condições que desagradam na prática do at, foram quase unânimes as menções sobre o deslocamento. Por atuarem na cidade de São Paulo, os ats queixaram-se sobre o tempo despendido e o desgaste físico em enfrentar o trânsito caótico da cidade. A eventualidade de acidentes e tráfego no percurso pode atrasar ou cancelar o atendimento e, além disso, o tempo gasto no trânsito mais o tempo de atendimento (que é superior comparado à clínica de consultório) restringem o número de casos que podem ser atendidos. Portanto, imagina-se que as menções sobre o retorno financeiro estejam atreladas a essas decorrências. Zamignani e Wieleńska (1999) comentam sobre a baixa expectativa de remuneração dos ats que são estudantes, ou seja, por estarem na graduação ou ainda serem recém-formados, não esperam que o retorno financeiro seja equivalente ao de profissionais mais experientes. Entretanto os

dados desta pesquisa demonstraram que a expectativa financeira não é baixa, pelo contrário, a remuneração encontra-se abaixo das expectativas, sendo inclusive um dos fatores que – segundo estes participantes – poderiam interromper, no futuro, a prática fora do consultório e deslocar-se para a terapia de gabinete.

As dificuldades comuns ao consultório, como esquivas, aceitação familiar e trabalho em equipe também se apresentam como dados deste estudo. Observa-se que os entraves no atendimento são as principais queixas, desde obstáculos físicos – deslocamento – até teóricos, de denominação e de limitações conceituais. Ao questionar se esta é uma particularidade do Acompanhamento Terapêutico, encontram-se as publicações de psicoterapia comportamental que, dentro de seus objetivos, pontuam entraves semelhantes (BRANDÃO, 2000; BAUMGARTH et al, 1999; GUEDES, 2001; KANFER; PHILLIPS, 1970).

Quanto às condições agradáveis, observou-se a predileção pela possibilidade de improvisar e testar alternativas na contingência em ação, principalmente conseguir alcançar objetivos e ver as mudanças. Ao relatarem “ampliar as possibilidades de atendimento”, nota-se um resgate dos primórdios da Terapia Comportamental (GUEDES, 1993) agregados às tecnologias atuais da Análise do Comportamento. E o at tem sido descrito como o profissional que consegue fazer esta ligação (LONDERO et al, 2010; ZAMIGNANI, et al, 2007). Ressalta-se também que o ambiente fora do consultório não é produtivo somente para o desenvolvimento do tratamento, os ats mencionam que estar neste contexto lhes dá aumento da variabilidade do repertório profissional.

“A gente aprende a ter um repertório mais sofisticado porque tudo acontece ao mesmo tempo. Que é diferente do consultório, um ambiente mais controlado. Ah, e as estimulações são melhores também! Como AT, você está com o cliente, você tá com a família, tá com os colegas de classe, você tá com os professores... É super rico pra mim, como estudante...” (P11)

Zamignani e Jonas (2007) destacam a variabilidade como um objetivo e também como condição importante para aprendizagem de comportamentos mais adaptativos, seja para o cliente ou para o terapeuta. Afora questões de cunho terapêutico, estar mais próximo do cliente e ter a acesso a ambientes de lazer são

aspectos positivamente reforçadores. No ambiente do cliente, o terapeuta fica mais exposto a isto.

Nota-se que os participantes que mencionaram a pretensão em diminuir os atendimentos extraconsultório e aumentar a clientela de clínica tradicional, como plano para o futuro, se justificam pelo deslocamento e pelo retorno financeiro. Todos os participantes pretendem dar continuidade a seus estudos, dado que pode ser comparado com as justificativas da pesquisa de Uliam (2007). A autora, que sistematizou a prática do terapeuta comportamental, esclarece em seu trabalho que o comportamento científico deve compor o conjunto de habilidades do profissional. Esta amostra está completamente inserida em contextos científicos e acadêmicos.

A necessidade de disseminação do trabalho do AT aparece em praticamente todas as publicações da área, em Análise do Comportamento ou não. Acredita-se que essa precisão ocorra pelo acompanhamento terapêutico ser recente, considerando estes termos e as descrições sobre a prática disponíveis até então.

O AT é uma prática pouco conhecida e seus profissionais estão concentrados em grandes centros urbanos. É muito provável que existam profissionais em cidades menores, porém o acesso e o reconhecimento destes profissionais são bastante difíceis. É possível também que muitos psicólogos, independente da abordagem teórica, realizem atendimentos fora do consultório sem denominarem-se acompanhantes terapêuticos ou terapeutas de extraconsultório. Atendimentos de *home-care* ou atendimentos domiciliares são termos que podem ser encontrados na literatura (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2006), porém não há estudos que comprovam a equivalência das práticas. Muito provavelmente, e até parece óbvio, a principal semelhança seria o atendimento fora da clínica tradicional.

6. Considerações Finais

Ao elaborar um balanço dos resultados, considera-se que os entrevistados representam uma parcela da comunidade de acompanhantes terapêuticos analistas do comportamento que ofereceram elementos os quais permitiram rediscutir os aspectos apontados na literatura. Propor a caracterização de um profissional e suas práticas baseando-se em seu auto-relato não é uma tarefa simples. Primeiro porque o acompanhante terapêutico não tem sido bem definido teoricamente devido a todas as implicações descritas e comentadas neste trabalho e segundo porque ainda que o comportamento verbal esteja sujeito aos mesmos princípios que governam o comportamento não verbal, existe uma característica que o difere significativamente e o faz merecer uma análise separada: a natureza do reforço que o estabelece e o mantém – o que requer a mediação de outra pessoa. Por isso, ao falar a alguém sobre sua atuação no acompanhamento terapêutico seja em níveis teóricos ou em níveis práticos traz no relato a história pessoal de cada participante e sofre influência da presença do outro. Assim, o falar não expressa necessariamente aquilo que faz mas sim o que diz que faz.

O AT na Análise do Comportamento sofreu influência de dois movimentos distintos: o da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, e o das primeiras tentativas de práticas clínicas derivadas da Análise Experimental do Comportamento. As influências da luta antimanicomial colocam o AT na função de impedir ou prevenir que clientes crônicos ou com diagnósticos psiquiátricos sejam internados e excluídos da comunidade, enquanto as influências das práticas clínicas derivadas da Análise Experimental do Comportamento posicionam o AT como uma intervenção coerente com os pressupostos teóricos de manejo direto de contingências.

Pode-se afirmar, então, que o Acompanhamento Terapêutico na perspectiva da Análise do Comportamento caracteriza-se por um atendimento no ambiente do cliente, fora da clínica de gabinete, que visa a reinserção social do cliente e o desenvolvimento de repertórios alternativos, assim como efetua a análise e intervenção para solução de um problema sem restringir-se a contingências artificialmente arranjadas no ambiente da clínica. As características deste AT são similares à prática clínica, visto que a

compreensão do fenômeno humano parte do mesmo pressuposto filosófico do behaviorismo radical. Então, a intervenção que se baseia nestes pressupostos, faz uso de análise e manipulação de contingências que governam qualquer padrão de comportamento.

O at parece ser então, um profissional que atende no ambiente do cliente, inserido neste contexto via indicação de outro profissional (mais experiente ou que não atende a demanda fora do consultório). Sua escolaridade tem sido de ensino superior completo ou em andamento, visto que ele necessita de um repertório terapêutico básico. É uma prática que ocorre em equipe multidisciplinar e o profissional pode assumir tanto a função de auxiliar ao processo, como de responsável e coordenador do caso.

Observou-se que desempenham funções tais como o terapeuta que atende em clínica fechada fazendo contrato inicial, observação, avaliação, planejamento terapêutico e aplicando técnicas. A principal diferença é o *setting*, o tipo de variáveis a que se tem acesso e os objetivos terapêuticos. Este tipo de intervenção é recomendada em casos que se precisa desenvolver e aprimorar os repertórios sociais, casos com dificuldades moderadas e graves e que trazem prejuízo para o cliente, em situações onde o indivíduo apresenta incapacidades funcionais, dificuldades no envelhecimento, transtornos invasivos do desenvolvimento, transtornos de ansiedade e outros diagnósticos psiquiátricos. Aquilo que se propunha para AT, como uma atividade de prevenção de recaídas e internações, não tem sido mais o principal foco e não necessariamente tem sido caracterizada como auxiliar.

As características pessoais que o profissional apresenta são traquejo social, agilidade e improvisação, as quais são valorizadas pelos profissionais que formam e/ou indicam os ats para os casos e favorecem a predileção por atividades sem a restrição do consultório - seja complementar a um processo psicoterapêutico ou uma proposta de intervenção integralmente fora do consultório. A idéia de o AT ser componente auxiliar da psicoterapia tem se diluído com a ampliação de pesquisas na área e com a formação dos analistas do comportamento.

Outra condição própria destes participantes é que estão organizados em grupos de estudantes e profissionais vinculados a instituições e/ou clínicas. Esta parece ser uma boa alternativa, porque possibilita o acesso dos usuários aos serviços de AT,

assim como favorece a contínua formação teórico-técnica por meio de supervisões e grupo de estudo.

Observa-se então que o AT tem sido considerado uma modalidade de intervenção terapêutica que se realiza no contexto do cliente, e que não chegou em um consenso científico e ainda sofre modificações. Com relação à denominação para este tipo de intervenção, a conceituação científica não é clara por enquanto. O termo por si só não define a própria prática.

Ressalta-se aqui outro problema em nomear acompanhante terapêutico qualquer pessoa que atue fora do consultório: a falta de controle no exercício profissional. Sendo psicólogo ou outro profissional da saúde, responde aos seus devidos conselhos e sendo estudante é necessário caracterizar estagiário, pois é importante considerar os riscos para cliente e profissional ao realizar uma proposta sem amparo das leis e do código de ética.

Conforme exposto, parece ficar claro que para o analista do comportamento atuar fora do consultório é coerente com os pressupostos teóricos. Aponta-se a necessidade de observar em quais variáveis de controle esta decisão está pautada: se pela demanda do cliente, pelas hipóteses prognósticas e eficácia da intervenção ou se pelo conforto em não precisar deslocar-se ou pelo retorno financeiro.

Embora analistas do comportamento tenham cuidado em pesquisar e publicar a respeito do Acompanhamento Terapêutico, ainda há uma carência na produção de conhecimento. Questões sobre ética e limites da prática precisam ser mais exploradas e, além disso, propõe-se pesquisas que abordem também o acompanhado.

Por fim, este trabalho não pretendeu esgotar tudo o que se apresenta na literatura e na prática sobre acompanhamento terapêutico. No entanto, talvez possa ilustrar melhor esta prática, pois partiu do relato daqueles que trabalham desta maneira. Mais importante do que isto, porém, é que possa suscitar novas pesquisas que clarifiquem o trabalho do at e difundi-lo como uma prática coerente com a visão da Análise do Comportamento.

Referências

AYUB, P. Do amigo qualificado ao Acompanhante Terapêutico. **Infanto**: Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência, ano II, n. 4. p. 37-40, 1996.

BANACO, R. A. Tendências neo-behavioristas da terapia comportamental: uma análise sobre a relação terapêutica. In: ENCONTRO SOBRE PSICOLOGIA CLÍNICA DA UNIVERSIDADE MACKENZIE, 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1997. p. 47-52.

BANDURA, A. **Principles of Behavior Modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BARRETTO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo**: ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BAUMGARTH, G. C. C., et al. A Intervenção em Equipe de Terapeutas no Ambiente Natural do Cliente e a Intervenção com Outros Profissionais. In: R.R, KERBAUY; R. C, WIELENSKA (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETec, 1999, v. IV p. 164-171.

BENEVIDES, L. **A Função de publicização do Acompanhamento Terapêutico na clínica**: O contexto, o texto e o foratexto do AT. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado Psicologia) - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA. Rio de Janeiro, 2007.

BRAGA, G. L. B.; VANDENBERGHE, L. Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, p. 307-314, 2006.

BRANDÃO, M. Z. S. Os sentimentos na intervenção terapeuta-cliente como recurso para a análise clínica. In: R. R. KERBAUY (Org.) **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESETec, 2000. p. 24-29.

CABALLO, V. E.; IRUTIA, M. J.; ARIAS, V. Treino de Habilidades Sociais em situação natural. In: I., LONDERO I. et al. (Org.) **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Ed. Gen/Santos. 2010. p. 51-66.

CANATTO, C. R. **Holding, Manejo e Placement**: pilares do Acompanhamento Terapêutico num caso de esquizofrenia paranóide. 2006. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

CANONGIA, A. I.; TEIXEIRA, S. R. L. P. O recurso terapêutico do acompanhamento visibilizado no (en)canto. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 162, p. 11-14, ano XV, 2002.

CORTONI, L. F.; CORTONI, S. Z. **Duas gerações convivendo na mesma empresa**: adversárias ou aliadas? A visão dos líderes sobre a geração Y. s.d. Disponível em <http://www.ateliedepesquisa.com.br/AF_resultados-geracaoXY2.pdf> Acesso em: 17 dez 2010

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento Terapêutico**: que clínica é essa? 2002. 114 f. Dissertação (Mestrado) – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - Instituto de Psicologia, Brasília - Distrito Federal, 2002.

CAUCHICK, M. P. **Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes**: Intervenções no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Annablume, 2001.

COTTRAUX, J.; MATOS, M. G. Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro. v. 3, n. 1, p.49-61, 2007.

DAVID, D. Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology: Beyond the behavioral approach - conclusions: Toward an evidence-based psychology and psychotherapy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 4, p. 447-451, 2004.

DEL PRETTE; Z. A. P; DEL PRETTE, **A. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prete)**: Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – DECS.

DELITTI, A. M. C. A relação terapêutica na terapia comportamental. In: GUILHARDI, H. (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETEC, v. 15, 2005.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009.

FORSYTH, J. P.; SABSEVITZ, J. Behavior Therapy: Historical Perspective and Overview. In: M. HERSEN; W. SLEDGE **Encyclopedia of psychotherapy**. United States of America: Elsevier Science, 2002, p. 259 -276.

GAMBRILL, E. Assertion Training. In: M. HERSEN; W. SLEDGE (Orgs) **Encyclopedia of psychotherapy**. United States of America: Elsevier Science, 2002, p. 117-124.

GAVIOLI, C.; RANOYA, F; ABBAMONTE, R. **O acompanhamento terapêutico na inclusão escolar**, 2003. Disponível em:
<http://www.netpsi.com.br/projetos/acomp_terap_inclusao.htm> Acesso em: 12 mar. 2009.

GUEDES, M. L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, supl.2, Out. 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s2/a19v23s2.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2008.

GUEDES, M. L. Equívocos da terapia comportamental. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago. 1993 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2010.

GUERRELHAS, F. F. Quem é o acompanhante terapêutico: história e caracterização. In: D. R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J. S. VERMES (Orgs.) **A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**. Santo André: ESETec, 2007. cap 1.

GUILHARDI, H. J. O papel da ABPMC para a terapia comportamental. **Boletim ABPMC**. 2008. Disponível em: < www.abpmc.org.br/boletim2008/helioB1.pdf>. Acesso em 24 de jul 2009.

HALL, C.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. A Teoria de Carl Rogers Centrada na Pessoa. In: **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000. p.363-374.

KAZDIN, A. **Behavior modification in applied settings**. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, Ed. 3. 1984.

KEELEY, M. L. et al. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. **Clinical Psychology Review**, v.28, p.118-130, 2008.

KANFER, F. H.; PHILLIPS, J. S. **Os princípios da Aprendizagem na terapia comportamental**. São Paulo: E.P.U, v. III, 1970.

KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Tradução de Rachel Rodrigues Kerbauy. Santo André: ESETec, 2001. Título original: Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships.

LIC, M.L.F; BUSTOS, N.G. Código de ética. **Asociación acompañantes terapéuticos de La república Argentina (AATRA)**. Buenos Aires. 21 ago 2010. Disponível em: <http://www.aatra.org.ar/cod_etica.html> Acesso em: 22 out 2010

LONDERO, I. et al. **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Ed. Gen/Santos. 2010. 166p.

LONDERO, I.; PACHECO, J. T. B. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em Estudo.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 259-267, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a03.pdf>>. Acesso em: 25 out 2010

LONDERO, I.; PENS, M. Contextualizando o acompanhamento terapêutico nas terapias cognitivas e comportamentais. In: I. LONDERO et al. (Org.) **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental.** São Paulo: Santos, 2010, p. 3-12.

MARINHO, D. Das teias familiares à encarnação da águia. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) **Textos, Texturas e Tessituras.** São Paulo: Hucitec, 2006, p. 133-141.

MAUER, S. K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes Terapêuticos: atualização teórico-clínica.** Buenos Aires: Letra viva, 2008.

MAUER, S. K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos.** Campinas: Papyrus, 1987.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, **Nova cartilha esclarecedora sobre a Lei do Estágio.** Brasília: MTE, 2008. Disponível em http://www.mte.gov.br/politicas_juventude/cartilha_lei_estagio.pdf Acesso em 10 dez 2010.

MOREIRA, S. B. S. Descrição de Algumas Variáveis em um Procedimento de Supervisão de Terapia Analítica do Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 16, n. 1, p. 157-170, 2003.

MORIN, E. A epistemologia da complexidade. In: D. F. SCHNITMAN (Org.) **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 274-289.

MUELLER, F. L. **História da Psicologia: Atualidades Pedagógicas.** São Paulo: Cia Editora Nacional, vol. 89, 1978.

OLIVEIRA, M. S. et al. Estilo pessoal do terapeuta: dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. **Psicologias**, v. 37, p. 241-247, 2006.

OLIVEIRA, S. G. O Acompanhante Terapêutico. In: R.R KERBAUY (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETec, 2000. v. V. p. 250-252.

PEREZ-ALVARES, M. **Tratamientos Psicológicos**. Madrid: Ed. Universitas, 1996.

PEUKER, A .C.; et al. Avaliação de Processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 439-445, jul./set., 2009.

PITIA, A. C. A; SANTOS, M. A. **Acompanhamento terapêutico**: a construção de uma estratégia clínica. São Paulo: Vetor, 2005.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C.A.C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista de Enfermagem**. São Paulo: USP, 2006. p. 261-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf> . Acesso em 10 dez 2010.

REIS NETO, R. O. **Acompanhamento terapêutico**: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro. 1995. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

REIS, R. L. **A Construção de uma rede de entendimento do sujeito em sofrimento psíquico**: Clínica Ampliada? 2006. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Psicologia) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.

RIBEIRO, T. C. C. Acompanhar é uma barra: Considerações Teóricas e Clínicas Sobre o Acompanhamento Psicoterapêutico. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 78-87, 2002.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSSI, G. **História do AT na Argentina**. Disponível em: <<http://siteat.cjb.net/>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

SAFRAN, J. D. **Ampliando os limites da terapia cognitiva**: O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SAVOIA, M. G; SAMPAIO, T. P. A Técnicas cognitivo-comportamentais: considerações sobre o repertório do AT. In: I. LONDERO et al. (Org.) **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Santos, 2010, p. 37-49.

SERENO, D. Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. **Psychê: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v.10, n. 18, p. 167-179, 2006.

SILVA, A. S. T. **A emergência do acompanhamento terapêutico: o processo de constituição de uma clínica**. 2005, 144 f. Dissertação (Mestrado Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, A. T.; SILVA, R. N. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, v. 26, n. 2, jun. 2006. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 set 2009.

SILVARES, E. F. M. Dificuldades na graduação e pós-graduação, com a prática clínica comportamental. In: R. A. BANACO (Org.) **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: ARBytes, 1997, p. 503-510.

SIMÕES, C. H. **A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: Uma análise Crítica**. 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem e Trabalho) – Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1953/1967.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1974.

THOMAZ, C. R et al. Algumas possibilidades de investigação sobre a prática de acompanhamento terapêutico: relatos de pesquisa. In: . In: D. R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J. S. VERMES (Orgs.) **A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**. Santo André: ESETec, 2007, cap. 16, p. 365-383.

THOMAZ, C. R. C; NICO, Y. Quando o verbal é insuficiente: possibilidades e limites da atuação clínica dentro e fora do consultório. In: D. R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J. S. VERMES (Orgs.) **A Clínica de Portas Abertas**: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Santo André: ESETec, 2007, cap.2, p. 47-76.

ULIAN, A. L. A. O. **Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental**: subsídios para a formação, 2007. 241 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ULIAN, A. L. A. O.. Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2010.

VARELLA, M. R. D; LACERDA, F.; MADEIRA, M. Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. **Psychê: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. X, n. 18, p. 129-40, set. 2006.

VERMES, J. S; ZAMIGNANI, D. R. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**. Rio de Janeiro. v. 4, n. 2, p. 135-149, dez. 2002.

VERMES, J.S.; ZAMIGNANI, D.R.; KOVAC, R. A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extraconsultório. In: D.R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J.S. VERMES (Org.) **A Clínica de Portas Abertas**: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Santo André: ESETec, 2007. p. 201-228.

VIANNA, A. M; SAMPAIO, T. P. A. Acompanhamento Terapêutico: Da teoria à Prática. In: M. Z. S. Brandão et al. (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETec, 2003, vol. 11, cap. 24, p. 285-293.

VIEIRA, G. A. Pesquisa e Clínica Psicológica: Uma Reflexão Sobre o Método a Partir do Encontro da Psicologia com a Antropologia. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. Minas Gerais, v. 1, n.1, 2008.

WIELENSKA, R. C. Formação profissional na abordagem analítico-comportamental: qualificar-se para atuar terapeuticamente. In: I. LONDERO et al. (Org.) **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Santos, 2010, cap 3, p. 25-36.

WHITTAKER, J. **Psicologia**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1976.

WITMER, L. **Clinical Psychology**, 1907. Disponível em:
<<http://psychclassics.asu.edu/Witmer/clinical.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

WOLPE, J. **Prática da Terapia Comportamental**. São Paulo: Brasiliense, 2 ed., 1976.

YAGIU, H. Projetos no Acompanhamento Terapêutico: apontamentos para elaboração. In: R. G. SANTOS. (Org.) **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A Casa/Editora Hucitec, 2007, p. 157-172.

ZAMIGNANI, D. R. O Trabalho do Acompanhante Terapêutico: A prática de um analista do Comportamento. **Revista Biociências**, Taubaté, v.1, n.3, p.77-90, 1997.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A.; WIELENSKA, R. C. O mundo como setting clínico do analista do comportamento. In: D. R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J. S. VERMES (Orgs.) **A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**, Santo André: ESETec, 2007, p. 21-29.

ZAMIGNANI, D.R; JONAS, A. L. Variando para aprender e aprendendo a variar: variabilidade comportamental e modelagem na clínica. In: D. R. ZAMIGNANI; R. KOVAC; J. S. VERMES (Orgs.) **A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**, Santo André: ESETec, 2007, p.135-165.

ZAMIGNANI, D. R.; KOVAC, R.; VERMES, J. S. **A Clínica de Portas Abertas:** experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Santo André: ESETec, 2007, 411 p.

ZAMIGNANI, D. R.; VERMES, J. S. O acompanhante terapêutico e suas fronteiras com a terapia tradicional. In: I. LONDERO et al. (Org.) **Acompanhamento Terapêutico:** Teoria e Técnica na Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental. São Paulo: Santos, 2010, p. 13-24.

ZAMIGNANI, D. R.; WIELENSKA, R. C. Redefinindo o papel do acompanhamento terapêutico. In: R. R. KERBAUY; R. C. WIELENSKA (Orgs.) **Sobre comportamento e cognição**, Santo André: ARBytes Editora, 1999, p.157-165.

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 52ª Reunião Ordinária realizada no dia 06 de novembro de 2009, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Acompanhante terapêutico: da inserção à prática profissional", Processo nº 2138/46/01/09, sob responsabilidade da Professora Doutora Sandra Leal Calais.

Bauru (SP), 06 de novembro de 2009

PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - e-mail: celarf@fc.unesp.br

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O objetivo desta pesquisa é investigar as práticas de Acompanhantes Terapêuticos. Para realizar a pesquisa, será utilizada uma entrevista semi-estruturada composta de perguntas gerais estimuladoras do relato verbal das entrevistadas sobre suas vivências. Será utilizado gravador de áudio, além de folhas de papel e caneta. Os resultados serão analisados qualitativamente, podendo ser posteriormente publicados em forma de artigo em revista científica ou de forma similar, com finalidade científica. De acordo com normas do Ministério da Saúde e a Ética em Pesquisa, ficam garantidos o sigilo e anonimato dos participantes, reiterando-se que os resultados somente poderão ser utilizados para finalidades de pesquisa científica e que os participantes terão acesso aos resultados obtidos. Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados coletados, desde que seja garantido o sigilo de minha identidade ou qualquer informação que possa identificar-me. Estou ciente de que possuo liberdade para recusar ou retirar este consentimento, sem qualquer prejuízo pessoal. Declaro também que fui informado(a) previamente sobre os procedimentos que serão utilizados, os quais não oferecerão quaisquer tipo de riscos para minha integridade pessoal.

Agradecemos sua participação

Sandra Leal Calais
Orientadora
CRP 06 / 01588

Mariana Nunes da Costa Marco
Pesquisadora
CRP 06 /95617

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, Eu _____, portador do RG n° _____, aceito participar desta pesquisa.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista com os Psicólogos Colaboradores

- 1) Qual a importância do Acompanhamento Terapêutico?
- 2) Há quanto tempo você trabalha com este tipo de prática? Como é feita?
- 3) Quando é necessária a participação de um (ou mais) ATs?
- 4) Quais suas expectativas com o trabalho de um AT?
- 5) Quais os limites de atuação do Acompanhamento Terapêutico? (Há limites?)
- 6) Assinale os itens que devem ser aplicados a um AT:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ser graduado em Psicologia ou em alguma profissão da área da saúde | <input type="checkbox"/> Ser preparado por você |
| <input type="checkbox"/> Ter habilidades técnicas anteriormente desenvolvidas (entrevista, aplicação de técnicas, observação) | <input type="checkbox"/> Ser um estudante de Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Ter feito algum curso sobre Acompanhamento Terapêutico e conhecer a história do AT | <input type="checkbox"/> Saber psicopatologia e psicofarmacologia |
| <input type="checkbox"/> Ser formado ou estudante de uma faculdade que você conheça. | <input type="checkbox"/> Estar fazendo Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Ter experiência na área da saúde mental e/ou sido AT em outra ocasião | <input type="checkbox"/> Fazer avaliações e diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Ser do seu círculo social e/ou profissional. (Aluno, amigo, colega de trabalho) | <input type="checkbox"/> Ter disponibilidade de tempo |
| <input type="checkbox"/> Apresentar comportamentos empáticos | <input type="checkbox"/> Ser discreto e gentil |
| <input type="checkbox"/> Vestir-se bem, apresentar-se asseado. | <input type="checkbox"/> Cobrar pelo seu trabalho |
| <input type="checkbox"/> Gostar de estudar e ter iniciativa. | <input type="checkbox"/> Tolerar frustrações e adaptar-se a situações inesperadas |
| <input type="checkbox"/> Frequentar assiduamente as supervisões | <input type="checkbox"/> Observar e relatar como o cliente vive |
| <input type="checkbox"/> Falar corretamente, polidamente e sem gírias | <input type="checkbox"/> Seguir orientações do Psicólogo ou Psiquiatra responsável |
| <input type="checkbox"/> Ser uma pessoa divertida e extrovertida | <input type="checkbox"/> Ser auxiliar no caso clínico |
| <input type="checkbox"/> Atuar na mesma abordagem teórica que você | <input type="checkbox"/> Planejar os atendimentos |
| <input type="checkbox"/> Ter capacidade de trabalhar em equipe | <input type="checkbox"/> Ser seu amigo |
| <input type="checkbox"/> Ser uma pessoa em que você confie | <input type="checkbox"/> Passar por alguns testes antes de iniciar seu trabalho |
| | <input type="checkbox"/> Ajudar seu paciente/cliente. |
| | <input type="checkbox"/> Apresentar resultados semanalmente |
| | <input type="checkbox"/> Ser comprometido e responsável com o caso |
| | <input type="checkbox"/> Desenvolver vínculo terapêutico com o cliente |
| | <input type="checkbox"/> Tornar-se agradável para o cliente |

Outras características (especifique):

APÊNDICE B

Roteiro semi-estruturado para entrevista com os Acompanhantes Terapêuticos

Caracterização do entrevistado

Sexo: () fem () masc

Idade

Escolaridade

Cidade onde trabalha

Trabalho atual

Critérios de exclusão

Número de casos atendidos

Casos em atendimento

Abordagem teórica

Inserção

Quando e como começou a atuar na área de Acompanhamento Terapêutico?

Quais são seus planos futuros?

Sobre a Prática do AT

Quais as indicações para a inserção do AT nos casos que acompanhou até hoje? Descreva, em aspectos gerais, três casos que você atendeu: sexo/idade/tipo de dificuldade/intervenções e quanto tempo acompanhou. No momento, quantos casos você acompanha e com quais queixas?

Você está vinculado a alguma instituição ou clínica-escola de faculdade? Como tem feito a intervenção? Você é supervisionado?

A sua prática é pautada em algum referencial teórico? Qual? Isto é importante?

A sua prática mudou com o tempo? Por que?

Formação

Qual a sua formação básica? (completa X incompleta)

Você fez alguma formação complementar sobre AT? Onde? Quando? Por que? Qual foi a duração?

Qual tipo de formação? (curso de extensão, formação, especialização, encontros, seminários, congressos)

Tem alguma crítica ao sugestão para as formações básicas e/ou complementares?