

## ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) E REFORMA PSIQUIÁTRICA: HISTÓRIA DE UMA PRÁTICA<sup>1</sup>

Andressa Mayara Silva Souza<sup>2</sup>

Suely Aires Pontes

*Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil.*

**RESUMO.** O presente trabalho versa sobre o processo histórico de consolidação do AT como prática no percurso da reforma psiquiátrica. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura sobre o tema por meio da identificação e análise de artigos publicados nas bases de dados SciELO, PePSIC e Portal de Periódicos Capes, a partir das palavras-chave: acompanhamento terapêutico (AT) e acompanhante terapêutico (at). Como os artigos demonstram, o histórico do AT não se deu de forma linear, apresentando avanços e retrocessos em seu processo. Apesar das divergências apresentadas pelos autores em relação ao tempo de surgimento do AT, houve, nos trabalhos revisados concordância quanto aos movimentos que influenciaram o AT, sendo os principais a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Após discussão dos argumentos apresentados nos diferentes artigos, conclui-se pela importância da visibilidade e promoção dessas práticas em saúde mental, de modo a afirmar o AT enquanto dispositivo clínico e político em saúde mental.

**Palavras-chave:** Acompanhamento terapêutico; reforma psiquiátrica; saúde mental.

## THERAPEUTICAL ACCOMPANIMENT AND PSYCHIATRIC REFORM: HISTORY OF A PRACTICE

**ABSTRACT.** The present work deals with the historical process of consolidation of Therapeutic Accompaniment (TA) as a practice in the course of the Psychiatric Reform. It is a systematic review of literature on the subject through the identification and analysis of articles published in the SciELO, PePSIC and CAPES Periodicals Portal, from the following keywords: therapeutic accompaniment and therapeutic companion. As the articles demonstrate, the history of TA was not linear, presenting advances and setbacks in its process. Despite the divergences presented by the authors regarding the TA's time of onset, there was, in the reviewed papers, agreement about the movements that influenced the TA, the main ones being the Psychiatric Reform and the Antimanicomial Campaign. After discussion of the arguments presented in the different articles, we conclude about the importance of visibility and promotion of these practices in Mental Health, in order to affirm the TA as a clinical and political device in Mental Health.

**Keywords:** Therapeutic accompaniment; psychiatric reform; mental health.

## ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO (AT) Y REFORMA PSIQUIÁTRICA: HISTORIA DE UNA PRÁCTICA

**RESUMEN.** En este estudio se discute el proceso histórico de consolidación del Acompañamiento Terapéutico (AT) como práctica en curso en la reforma psiquiátrica. Se trata de una revisión sistemática de la literatura sobre el tema, mediante la identificación y análisis de textos publicados en las bases de datos SciELO, PePSIC y Portal de Revistas CAPES, utilizándose las palabras clave: acompañamiento terapéutico y compañero terapéutico. Los textos demuestran que la historia del AT no sucedió de forma lineal, ocurriendo avances y retrocesos en el proceso. Aunque haya

---

<sup>1</sup> *Apoio e financiamento:* Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

<sup>2</sup> *E-mail:* andressa.mssouza@gmail.com

diferencias entre los autores en relación a el tiempo de aparición del AT, en los estudios revisados hubo acuerdo en cuanto a los movimientos que influyeron esta práctica, siendo los principales la Reforma Psiquiátrica y Lucha Antimanicomial. Después de la discusión de los argumentos en diferentes artículos, es evidente la importancia de haber visibilidad y promoción de estas prácticas en la salud mental, con el fin de afirmar el AT como dispositivo clínico y político de Salud Mental.

**Palabras-clave:** Acompañamiento terapéutico; reforma psiquiátrica; salud mental.

---

## Introdução

O cuidado em saúde mental tem passado por diversas modificações nas últimas décadas. Anteriormente, diferentes formas de singularidade ou de manifestação de sofrimento psíquico eram desqualificadas e submetidas a práticas de objetificação (Severo & Dimenstein, 2009), que não consideravam o valor biopsicossocial do sujeito. Em discordância ao modelo vigente de tratamento nos hospitais psiquiátricos e propiciada pelo período de redemocratização do país, a reforma psiquiátrica brasileira surgiu na segunda metade da década de 1970, no intuito de propor a reformulação das lógicas existentes na atenção em saúde mental, tendo como característica principal a reivindicação pela cidadania do louco (Tenório, 2002). Amarante (1995, p. 91) define a reforma psiquiátrica como “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

A reforma vai legitimar, nesse processo, a condenação aos efeitos de normatização e controle impostos pelos muros psiquiátricos. Nesse sentido, Tenório (2002) aponta a importância de considerar que os pressupostos trazidos pela reforma psiquiátrica são baseados em um campo heterogêneo, que defende a cidadania, mas que envolve, sobretudo, aspectos que abarcam a política, a clínica, o social, o cultural e os direitos do sujeito. Além disto, deve-se considerar que a reforma psiquiátrica é um processo que se encontra ainda em constante construção no Brasil e no mundo, uma vez que está relacionada às características econômicas, políticas, históricas e culturais de cada espaço, influenciando no modo como as práticas serão produzidas em cada contexto (Maciel, 2012).

No contexto para composição de um novo cenário de cuidado em saúde mental, surge a prática do AT como um modo de pensar a ação em saúde mental que reformula a lógica psiquiátrica nos aspectos de tempo e espaço (Palombini, 2004). Antes da reforma psiquiátrica, o sujeito era submetido a uma vivência institucionalizada, restrito aos muros e grades do hospital psiquiátrico e o tempo; neste caso, tornava-se estático. Em virtude dos preceitos advindos deste movimento político e clínico, as dimensões do tempo e do espaço são vivenciadas de forma mais flexível e passível de modificações, bem como as relações entre os profissionais da rede de saúde mental e os usuários. Na prática de AT, abandona-se o espaço restrito dos muros e ocupam-se os locais de trocas sociais onde a cidade e o sujeito estão envolvidos (Palombini, 2004), buscando promover reinserção social.

Embora não haja consenso na literatura em saúde mental quanto às definições de reinserção social e reabilitação psicossocial, consideramos, em consonância com Paranhos-Passos e Aires (2013), que a reabilitação psicossocial é uma estratégia que visa proporcionar a autonomia do sujeito em sofrimento psíquico para que ele possa atuar com independência nos diversos contextos sociais, exercendo sua cidadania plena e direcionando-o à reinserção social. Esta, por sua vez, se refere à possibilidade de convívio com familiares, amigos, profissionais de saúde e demais membros da sociedade por meio da circulação e da ocupação dos espaços sociais.

Gruska & Dimenstein (2015) destacam que as experiências para consolidação da reabilitação no campo da saúde mental apoiam-se sobre um complexo e heterogêneo plano de forças, atravessado por interesses e contradições internas que se colocam por vezes contrárias à lógica trazida pela reforma psiquiátrica. Isto aponta para uma necessidade de análise das forças políticas e sociais que envolvem as atuações no campo da saúde mental e atravessam a prática do AT. Neste sentido, Palombini (2004) aponta que o AT pode ser compreendido de três formas: primeiro, enquanto uma tecnologia clínico-política de atuação na rede pública de saúde mental que deve atuar em concordância com os serviços substitutivos; segundo, como uma estratégia de formação clínico-

política, tanto no âmbito universitário quanto dos profissionais da rede; e terceiro, como ferramenta importante no processo de estabelecimento e análise dos ideais trazidos pela reforma psiquiátrica. Sobretudo, entende-se o AT enquanto uma prática em busca de transformações em que seja possível o convívio entre modos distintos de estar no mundo, de lidar com temporalidades e espacialidades outras (Palombini, 2004).

Em uma lógica semelhante, Lancetti (2008) traz o adjetivo “peripatético” para designar uma clínica sem muros, construída no caminhar, que se faz possível, e proporciona o fortalecimento de vínculos entre o usuário e a comunidade. Referenciada na psicanálise, esta prática visa possibilitar o acompanhamento do sujeito em seu espaço de circulação e favorecer uma intermediação entre este, a instituição e o espaço público (Palombini, 2004). Considerando o processo de desinstitucionalização da clínica, o AT representa em sua prática a possibilidade de legitimar a reforma psiquiátrica no sentido em que também questiona a superação do paradigma da clínica intramuros. Como afirma Tenório (2002), a construção histórica de práticas anteriores à reforma psiquiátrica fez da clínica o principal dispositivo construído pela sociedade para lidar com a loucura, e a reforma psiquiátrica não pode desviar-se do fato de que enfrentar a clínica implica operar em seu próprio interior.

A definição de Palombini (2006), que apresenta o AT como um dispositivo clínico-político, nos parece interessante por caracterizar o AT enquanto uma rede que articula e põe a funcionar elementos de um dado conjunto, sendo este heterogêneo, que envolve discursos e instituições. Nesse sentido, o AT funciona como um operador de desinstitucionalização e transformação da clínica clássica, possibilitando a construção de redes capazes de superação da lógica manicomial ao se realizar no espaço extrainstitucional.

É nesse contexto que a presente pesquisa toma como ponto de investigação a prática de AT e sua história por meio de uma revisão sistemática de literatura, a fim de caracterizar a produção sobre o tema. A justificativa para realização desta pesquisa fundamenta-se na relevância e atualidade desta prática para a consolidação da reforma psiquiátrica em sua lógica antimanicomial.

## Método

Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática de literatura realizada por meio da busca de artigos indexados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Portal de Periódicos da Capes.

Foram aplicadas em cada base as palavras-chave: acompanhamento terapêutico (AT) e acompanhante terapêutico (at). A amostra compreendeu artigos indexados em periódicos, selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos, tendo como critério de inclusão os trabalhos publicados no período de 2001 a 2015 e que abordem a prática de AT no campo da saúde mental. Foram excluídos artigos que tratam do tema a partir da lógica institucional – intramuros –, e/ou abordem o acompanhamento terapêutico no campo da educação.

Utilizando-se dos critérios de inclusão e exclusão apresentados, foi realizado um levantamento preliminar por meio de uma leitura seletiva dos resumos encontrados. Posteriormente, para melhor organização e análise dos trabalhos, foi construída uma tabela com dados de cada artigo, constando: identificação do artigo (periódico, ano de publicação, título do artigo); autoria (número, formação, origem institucional); natureza do texto e referenciais teóricos adotados; objetivos; método e resultados.

## Resultados e discussão

Na base de dados SciELO foi possível identificar um total de 28 artigos relacionados ao acompanhamento terapêutico e um artigo a partir da palavra-chave “acompanhante terapêutico”, totalizando 29 artigos. Deste total, 25 foram selecionados de acordo com os critérios utilizados, e especificamente 15 trabalhos abordavam o histórico do AT. Para a base de dados PePSIC, a pesquisa identificou o total de 38 artigos, sendo 32 selecionados. Destes, 16 artigos apresentam reflexões sobre o histórico do AT. No Portal de Periódicos da Capes foram encontrados 96 trabalhos. Quando refinados por ano (2001 a 2015), 93 artigos foram recuperados. Deste total, 21 tratam do

acompanhamento terapêutico a partir da saúde mental. O restante aborda o AT em práticas intramuros e foram, por conseguinte, excluídos. Dos 21 artigos selecionados, foi possível verificar que 13 repetem-se entre as bases SciELO e Capes, e um artigo entre PePSIC e Capes. Dos sete artigos restantes, um aborda o histórico do AT. No total de trabalhos encontrados das três bases, 32 artigos apresentam o histórico do AT. Abaixo, a organização dos dados em tabela:

**Tabela 1.** Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes

	SCIELO	PEPSIC	CAPE
Artigos encontrados	29	38	96
Artigos selecionados de acordo com os critérios	25	32	21
Artigos selecionados que abordem o histórico do AT	15	16	01
<b>Total de artigos selecionados: 32</b>			

A análise da amostra possibilitou caracterizar o acervo da revisão a partir dos aspectos: ano, revista e cidades de maior publicação. No que se refere ao ano, as bases consultadas demonstraram maior número de trabalhos produzidos nos anos de 2010 e 2013, havendo um decréscimo nos anos subsequentes. Foi possível verificar que a maioria dos trabalhos publicados é da região Sudeste, mais especificamente do Estado de São Paulo. Em relação aos periódicos, as revistas de psicologia são as que mais publicaram sobre o tema.

A partir da análise dos artigos selecionados, foi possível identificar quatro eixos temáticos na discussão sobre o histórico do AT, a saber: em que espaço e tempo podemos situar o surgimento do AT; história do AT no Brasil; variações de nomenclatura – quais as diferentes denominações utilizadas referentes ao acompanhante terapêutico (at); práticas de AT hoje.

O surgimento espaço-temporal do AT mostra-se de difícil contextualização, uma vez que essa prática originou-se a partir de diferentes necessidades clínicas e movimentos relacionados ao cuidado em saúde mental. Soma-se a isso a divergência entre os autores pesquisados, pois os movimentos antimanicomiais têm sido associados a diferentes décadas. De acordo com Marco e Calais (2012, p. 6):

Considerações históricas sobre o surgimento do Acompanhamento Terapêutico são relevantes, pois de alguma maneira auxiliam na descrição das práticas atuais. O acompanhamento terapêutico é uma modalidade de atuação germinada nos movimentos político-ideológicos de reforma antipsiquiátrica, da psicoterapia institucional e da luta antimanicomial.

Ao sugerir uma “genealogia do AT”, Silva e Silva (2006) identificam alguns processos que conduziram o seu surgimento, tais como: a produção dos psicofármacos no final da década de 40, o surgimento do hospital-dia e das comunidades terapêuticas nos anos 50, além das discussões sobre a reforma psiquiátrica que resultaram na criação do Movimento de Luta Antimanicomial. Sobre a influência das comunidades terapêuticas para o surgimento do AT, Londero e Pacheco (2006) expressam que estas iniciaram-se na Inglaterra, Alemanha e EUA, com o objetivo de buscar novas formas de acolhimento e reconhecimento da loucura. Neste sentido, alguns autores relatam que o AT tem como precursores o movimento antipsiquiátrico e a psicoterapia institucional, ocorridos a partir da década de 50 na Europa e nos Estados Unidos (Bellenzani & Malfitano, 2006; Pitiá & Santos, 2006; Marco & Calais, 2012). A estes movimentos, Nogueira (2009) acrescenta ainda a psiquiatria

democrática, representada por Basaglia – na Itália; e Pullice et al. (2005) mencionam também a psicanálise como propulsora da ideia de que era possível avançar no tratamento de muitos pacientes afetados, para além da lógica de controle social característica das intervenções médicas.

Por outro lado, alguns autores (Guerra & Milagres, 2005; Silva & Silveira, 2013) situam o surgimento do AT na década de 60, enfatizando os movimentos antimanicomiais da época. Além disso, Pitiá e Furegato (2009) também identificam a influência da movimentação política pela supressão dos manicômios da Europa nos anos 60 como influência para a origem clínica do AT.

Nesta mesma direção, outros autores indicam que o surgimento do AT se deu na década de 60, na Argentina, caracterizando-o como um trabalho que surge para suprir as necessidades de pessoas que não apresentavam respostas às terapias tradicionais (Pullice et. al. 2005; Londero & Pacheco, 2006; Berlinck, 2010; Marco & Calais, 2012; Acioli & Amarante, 2013). Neste sentido, Hermann (2005) articula o surgimento do AT às demandas institucionais existentes nesse período, pois, tendo em vista que alguns casos não respondiam de forma positiva ao tratamento institucional, seria necessário um movimento contrário: a própria instituição deveria direcionar os profissionais ao encontro do paciente. Neste sentido, Hermann (2005) defende que há uma espécie de “extensão da instituição”, no sentido que a mesma não se restringe mais aos espaços físicos de seu território.

O surgimento do AT na década de 60 é marcado, portanto, por movimentos de influência que iriam posteriormente caracterizar esta prática, principalmente por constituir-se como uma clínica não institucional, extramuros, e por fundamentar-se nas práticas de luta antimanicomial da época.

De forma distinta em relação aos artigos anteriormente citados, alguns autores afirmam que o AT surgiu de maneira sistematizada no início da década de 70 (Pitiá, 2006; Paravidini & Alvarenga, 2008; Pitiá & Furegato, 2009; Lattanzio & Braga, 2010; Montezi, 2012). Entretanto, Silva e Silva (2006) apresentam trabalhos que apontam experiências existentes já no início do século XX, contendo alguns pressupostos característicos da prática do AT. Sobre os primórdios do AT, Pitiá (2006) cita Antonucci (1994) para relatar um trabalho realizado na Suíça em 1937. Neste caso, semelhante ao que compreendemos hoje pela prática do AT, uma enfermeira fora treinada por uma psicanalista para oferecer assistência a uma de suas pacientes que, até então, não respondia ao tratamento. A paciente foi acompanhada diariamente, participando também do processo analítico. Por fim, observou-se que a mesma conseguiu reintegrar sua vida socialmente. A aproximação da prática realizada pela enfermeira com o que se nomeia atualmente de AT se dá, segundo Pitiá (2006), pela proposta terapêutica de autorregulação do sujeito, embora possa diferir em relação a outros aspectos da prática, em especial por se constituir como uma prática complementar ao modelo clínico tradicional.

São os pressupostos característicos da prática de AT que surgem nesses resgates históricos de práticas diferenciadas de cuidado, como já indicado por Silva e Silva (2006). No entanto, estes mesmos autores associam o surgimento efetivo do AT à década de 80 e afirmam que nesta época as práticas em psiquiatria começaram a ser alvo de análises e denúncias, o que possibilitou a emergência de novas ações em saúde mental. Isto vem ao encontro do que apresenta o trabalho de Ribeiro (2009), ao afirmar que as ações do acompanhamento terapêutico são observadas na década de 80, tendo em vista a propulsão das ideias trazidas pela reforma psiquiátrica na Europa.

Cabe ainda citar o trabalho realizado por Pitiá e Santos (2006), ao apresentarem uma pesquisa bibliográfica que abrange a produção científica na área do AT. Neste trabalho, os autores identificam o primeiro livro sobre o AT, intitulado *Acompanhamento Terapêutico e Pacientes Psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica*, escrito por Susana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky em 1987. Pitiá e Santos (2006) destacam que o AT surgiu como ocupação formal somente a partir dos anos 80, com o estabelecimento de normas de honorários, perspectivas de tempo/espaço e habilidades pessoais necessárias para um bom vínculo terapêutico, tendo sido amplamente utilizado na rede privada de assistência em saúde mental. Estes autores destacam ainda que houve ampliação na prática, que não se restringia mais a psicóticos, podendo ser realizada também com portadores de deficiências, síndromes e distúrbios do desenvolvimento.

Nesse contexto, podemos perceber, considerando os estudos revisados, a preocupação com a formalização e estruturação do trabalho desenvolvido na clínica do AT a partir da década de 80. Temporalmente, as décadas iniciais – 60 e 70 – representam os momentos de influência e construção ideológica do que vem a ser o AT, com marcada influência dos ideais da reforma psiquiátrica. A partir

da década de 80, o AT iniciaria então o processo de formalização enquanto prática profissional com consequente inserção na rede privada de cuidado em saúde mental. Cabe considerar que o processo histórico de surgimento e consolidação do AT é marcadamente estruturado a partir de uma lógica não institucional, o que influenciou de forma significativa o seu desenvolvimento como ação terapêutica no campo da saúde mental.

Pensar o surgimento do AT no Brasil implica, primeiramente, considerar o contexto sociopolítico em que esta prática se consolidou. Dessa forma, foi possível conceber, a partir da literatura estudada, que o golpe militar ocorrido em 1964 possibilitou diversas transformações no âmbito da saúde pública do país: em virtude do desinvestimento por parte do governo federal, houve um fortalecimento do modelo manicomial, visto que a estratégia seria ampliar a construção de clínicas psiquiátricas beneficiando o setor privado (Silva & Silva, 2006). Entre a década de 60 e o início da década de 80, houve interrupção no movimento de crítica ao modelo manicomial, bem como o crescimento do número de novos hospitais psiquiátricos (Silva & Silva, 2006). Apenas no período inicial de abertura política, após uma série de denúncias às práticas ocorridas nesses espaços, a reforma psiquiátrica tomou força no país por meio do projeto de lei nº 3657/89, referente à “Lei da Reforma Psiquiátrica”.

O AT surge no Brasil nesta conjuntura, como uma ruptura da lógica manicomial e de controle subjetivo (Silva & Silva, 2006), tendo encontrado espaço de inserção na rede pública de saúde mental e nas iniciativas privadas de assistência. No processo de transformação do cuidado em saúde mental no Brasil, Tristão e Avellar (2014) mencionam o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta pra Casa como recursos importantes para a efetivação da reforma psiquiátrica no país. Tendo em vista o cenário histórico e político que questionou a lógica manicomial no Brasil, Lemke e Silva (2013, p. 10) expressam que “foi nesse contexto que o AT, em função da singularidade de sua prática, foi ganhando uma função estratégica nos processos de desinstitucionalização”. Com a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrem mudanças no AT em território brasileiro, de modo que em 1990 o AT é inserido nos serviços do SUS, e principalmente, nas ações ofertadas pelos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (Gonçalves & Barros, 2013). Entretanto, outros autores sinalizam os primórdios do AT no Brasil já nas décadas de 60 e 70 (Guerra & Milagres, 2005; Araújo, 2005; Pitiá, 2006; Londero & Pacheco, 2006; Pitiá & Santos, 2006; Berlinck, 2010). Em seu início, no entanto, as práticas de AT ainda eram restritas ao auxílio na alta hospitalar, e não estavam articuladas a práticas de circulação no território.

No Brasil, o AT teve seu início enquanto prática nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro, seguindo dois eixos: um que chega a Porto Alegre e, posteriormente, ao Rio de Janeiro, e outro, que passa diretamente por São Paulo, por meio do que era conhecido por “amigo qualificado” na Argentina (Pitiá, 2006). Situada em Porto Alegre, a Clínica Pinel foi o primeiro lugar a oferecer o AT, ainda com a função denominada “atendente psiquiátrico”, inaugurando o campo do AT no Brasil (Silva & Silva, 2006; Tristão & Avellar, 2014). Sobre a Clínica Pinel, Simões (2005), enfatiza a influência recebida do tratamento oferecido nas Comunidades Terapêuticas inglesas: reestruturação da dinâmica institucional e participação dos pacientes nas medidas tomadas.

De acordo com Silva e Silva (2006), a Clínica Pinel foi criada em 1960 por Marcelo Blaya, que acabava de chegar dos EUA. Na clínica eram oferecidos serviços considerados até então como “inovadores”, tais como: socioterapia, reuniões comunitárias, grupos operativos, entre outros. Dentre estes serviços, estava a prática do AT, proposta por Blaya, que durante a sua formação nos EUA teria se interessado pelo trabalho dos agentes que andavam com os “loucos” pelas ruas (Silva & Silva, 2006). É importante ressaltar que, apesar das intenções terapêuticas, nesse momento o AT surgia na Clínica Pinel ainda como uma forma de contenção do louco e estava em consonância com uma prática privada de assistência em saúde. Os acompanhantes terapêuticos (ats) eram conhecidos como “atendentes grude”, principalmente em situações de risco, suicídio e/ou de agressão (Silva & Silva, 2006).

Após o efeito no Rio Grande do Sul, o AT instala-se no Rio de Janeiro com a Clínica de Vila Pinheiros, que funcionou de 1969 até 1976 (Pitiá, 2006; Silva & Silva, 2006). A clínica contava com uma equipe de “ats” composta por estudantes de psicologia, medicina, enfermagem, entre outras pessoas com interesse em se profissionalizar na área do AT, não possuindo necessariamente uma

formação universitária (Pitiá, 2006). Contudo, Pitiá e Furegato (2009) apontam que no início da década de 80 existiam cursos de 24 horas dentro da própria instituição, para os até então denominados “auxiliares psiquiátricos”. É possível observar aqui as características de multiprofissionalidade que sugere a interdisciplinaridade característica na prática de AT.

Posteriormente, as práticas em AT também se iniciaram no Espírito Santo no ano de 1988, no CAPS Ilha de Santa Maria, em Vitória (Tristão & Avellar, 2014), já em um modelo de atenção e cuidado inserido no SUS. Em Betim, Minas Gerais, o AT foi implantado por uma parceria entre as instituições de saúde pública e de saúde mental: Cersam (Centro de Referência de Saúde Mental), a Moradia Protegida de Betim, além da universidade PUC Betim (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Betim), como aponta Nogueira (2009). Guerra e Milagres (2005) expressam que a experiência sistematizada em AT se deu tardiamente em Belo Horizonte, Minas Gerais, quando comparada com outras capitais, tendo ocorrido somente na década de 90. Ainda segundo Guerra e Milagres (2005), com a entrada e fortalecimento da teoria lacaniana na década de 80, o AT deixou de ser interesse dos estudantes e jovens profissionais, sob o discurso de que o acompanhante não ocupava o lugar antes destinado ao analista na cura, ocupando-se apenas identificações imaginárias (Guerra & Milagres, 2005).

Sobre a formação e capacitação de trabalhadores em saúde mental, Silva e Silva (2006) destacam a experiência ocorrida entre 1999 e 2002, no Rio Grande do Sul, com o curso oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado. O curso, denominado “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico”, tinha a duração de oito meses e era direcionado a trabalhadores de nível médio (Silva & Silva, 2006). Para esses autores, o curso de AT pode ser considerado como um marco para a ação dos trabalhadores em saúde e não simplesmente como uma ação para “gerir” indivíduos formados em acompanhamento terapêutico. Isso pôde possibilitar, principalmente, um modo de pensar o AT enquanto uma estratégia na produção de novos sentidos.

A respeito das especificidades das ações realizadas pelos ats, Paravidini e Alvarenga (2008) citam um artigo publicado em 1985 por José Eggers para discorrer sobre a experiência de uma equipe do Instituto de Psiquiatria Compreensiva. De acordo com Eggers (1985), havia dificuldade na definição do acompanhante terapêutico em virtude da diversidade envolvida nesta função. Entretanto, segundo Eggers (1985, citado por Paravidini & Alvarenga, 2008, p. 173), um consenso poderia ser extraído dos autores da época: o at poderia ser compreendido como um profissional de saúde mental com um papel complementar ao do psicoterapeuta, entretanto, este iria agir fora do *setting* convencional, tendo a função de operar no marco social.

Após traçarmos um percurso histórico acerca do surgimento do AT, vale reconhecer também as diferentes nomenclaturas atribuídas a essa função ao longo do tempo, tendo em vista o papel do acompanhante terapêutico (at) nas propostas de transformação do cuidado em saúde mental. Na Argentina dos anos 60, o “acompanhante terapêutico” ainda era conhecido como “amigo qualificado” e exercia a função de estar junto com o paciente em seu cotidiano e auxiliá-lo quando necessário. Contudo, tal termo caiu em desuso, considerando o valor de amizade e pouco valor profissional que lhe poderia ser atribuído (Araújo, 2005; Londero & Pacheco, 2006; Nogueira, 2009; Pitiá & Furegato, 2009; Berlinck, 2010; Gonçalves & Barros, 2013).

Paravidini e Alvarenga (2008) apontam que a expressão “amigo qualificado” foi inventada pelo psiquiatra e psicanalista Eduardo Kalina, e que a denominação utilizada posteriormente – acompanhante terapêutico – deveria implicar a delimitação do papel desse profissional. A atual nomenclatura “acompanhante terapêutico” enfatiza o caráter terapêutico desta função. Além disso, Paravidini e Alvarenga (2008) evidenciam a quebra com a ideia de “continência” anteriormente oferecida pelo acompanhante terapêutico ao sujeito, para dar lugar a uma ação conjunta: o acompanhamento. Sobre as modificações ocorridas nos termos, Nogueira (2009) afirma que a expressão “amigo qualificado” passou a ser discutida pelos profissionais envolvidos, uma vez que a relação pensada em termos de igualdade de amizade não possibilitava uma clareza na delimitação dos papéis.

Ao contrário da maioria dos autores, Tristão e Avellar (2014), além de Guerra e Milagres (2005), expressam que o termo “amigo qualificado” só teria surgido posteriormente aos termos “auxiliar” e “atendente psiquiátrico” e que depois, o “amigo qualificado” seria substituído por “acompanhante

terapêutico”. Sendo assim, vale retomar a compreensão do AT apresentada por Eggers (1985 apud Paravidini & Alvarenga, 2008) ao caracterizá-lo como um profissional de saúde mental com papel complementar ao psicoterapeuta, operando, acima de tudo, no marco social. Nesse sentido, as diferentes nomenclaturas atribuídas ao at corroboram o exposto por Marco e Calais (2014) que apresentam a imprecisão da sequência temporal para as denominações e funções relacionadas ao AT.

Acioli e Amarante (2013) afirmam que, de forma distinta à Argentina, ao chegar ao Brasil no final da década de 60, foi atribuído ao “amigo qualificado” o nome de “auxiliar” ou “atendente psiquiátrico”. Tal denominação justifica-se em virtude de o auxiliar exercer a função de “ajudante” do psiquiatra, pois o acompanhamento ainda era realizado entre muros, nos hospitais ou nas comunidades terapêuticas (Londero & Pacheco, 2006; Berlinck, 2010). O termo “auxiliar psiquiátrico” foi utilizado até o final dos anos 80, evidenciando a hierarquização das relações existentes diante da psiquiatria (Paravidini & Alvarenga, 2008). A posterior modificação do termo para “acompanhante terapêutico” teve como objetivos demarcar a autonomia dos profissionais em relação ao saber psiquiátrico e enfatizar o caráter terapêutico da função (Reis Neto, Teixeira, & Oliveira, 2011; Lemke & Silva, 2013), o que se encontra em consonância com o lugar dado ao saber médico nas práticas de atenção psicossocial.

No Rio de Janeiro, a Clínica de Vila Pinheiros foi a primeira a utilizar a expressão “auxiliar psiquiátrico” para a função atribuída ao AT (Pitiá, 2006; Dimenstein & Azevedo, 2008), contudo, Pitiá e Santos (2006) confrontam esta afirmação, pois apontam que a expressão chegou ao Rio de Janeiro a partir da influência do Rio Grande do Sul, que já utilizava o termo. De modo distinto ao Rio de Janeiro, o “at” surge com o nome inicial de “amigo qualificado” no Instituto A Casa, em São Paulo; na clínica Pinel (RS) por sua vez, os acompanhantes eram conhecidos como “atendentes psiquiátricos” (Dimenstein & Azevedo, 2008).

É interessante observar, neste percurso, que o acompanhamento terapêutico ainda se estruturava aos poucos no país, a partir de influências internacionais, o que justifica a utilização de diferentes nomes para a mesma função, bem como sua presença, com outras nomenclaturas, nos espaços privados de cuidado em saúde mental. Nesses espaços, a prática de AT era frequentemente apresentada como uma inovação terapêutica e uma prática complementar de cuidado. As mudanças ocorridas na nomenclatura evidenciam, respectivamente, as transformações ocorridas para a consolidação do AT enquanto prática, e principalmente como uma nova perspectiva no processo terapêutico.

Ao tratar sobre as configurações do AT no cenário atual, Silva e Silva (2006) afirmam que com o passar do tempo, surgiram outras estratégias de ação, possibilitando novos territórios para as funções nesse campo, a saber: na terapêutica para famílias; na produção de documentários, filmes e curtas-metragens; em intervenções clínicas e reflexões éticas; na estruturação de repúblicas e “casas de passagem”; na inclusão escolar de alunos com necessidades especiais; na inclusão de jovens que praticaram delitos; na crítica às mídias e criação de sentidos do/no espaço urbano; em intervenções de “cunho social” e na criação de novos vínculos entre instituições de saúde e usuários.

Além de reconhecer o AT como um dispositivo que atua no âmbito “concreto” da realidade dos usuários, como, por exemplo, na organização da rotina do sujeito e sua circulação nos espaços sociais, Montezi (2012) apresenta uma reflexão sobre a importância do *setting* na atualidade para a constituição da subjetividade do indivíduo. Ou seja, a prática do AT se coloca para além de um suporte concreto no cotidiano do indivíduo, mas diz respeito, sobretudo, a uma possibilidade de “situá-lo e recolocá-lo frente à ruptura cultural que sofreu, retomando, dessa forma, a própria subjetividade” (Montezi, 2012, p. 263). Neste sentido, Reis Neto et al. (2011) afirmam o surgimento de uma preocupação na prática do AT em melhor manejar o vínculo e a escuta oferecidos ao sujeito acompanhado, evidenciando a contribuição da psicanálise nesse processo.

Com o objetivo de caracterizar a experiência clínica do AT, Pitiá (2006) enfatiza o processo de crescimento desse campo de atuação, além de salientar a importância do suporte teórico-prático aos profissionais que exercem essa função. Nesse sentido, aponta que qualquer proposta de transformação do atendimento psicossocial tem ideias passíveis de serem debatidas ou não, além de salientar que a clínica do AT pode ser compreendida a partir de diversas perspectivas analíticas. Independente do campo teórico – freudianos, lacanianos, deleuzianos, ou reichianos –, o objetivo principal deverá direcionar-se principalmente à autonomia do sujeito em sua dificuldade (Pitiá, 2006).

Ao investigar os fatores envolvidos no encaminhamento para o acompanhamento terapêutico, Londero e Pacheco (2006) identificam as seguintes categorias referentes à atuação neste campo: 1) fatores para indicação de acompanhante terapêutico: são encaminhados para o AT aqueles pacientes que refletem características de “incapacidade e/ou desvantagem” provenientes de quadros psicopatológicos graves; 2) papel do acompanhante terapêutico no tratamento: este é percebido como de muita importância pela equipe de profissionais, principalmente nos casos que demandam intervenções fora do consultório; 3) habilidades e características necessárias para o trabalho de acompanhante terapêutico: é valorizada a capacidade do profissional se adequar ao ambiente que ele atua, considerando, contudo, o limiar de intimidade entre o profissional e paciente; e 4) referencial teórico e área de conhecimento adequados para a prática de AT: os autores constataram que a abordagem cognitivo-comportamental foi a mais citada entre os participantes da pesquisa, que envolveu uma equipe de seis profissionais da cidade de Porto Alegre. Vale ressaltar que esse achado destoa das referências históricas sobre a prática do AT. Nogueira (2009) afirma que historicamente o AT vem sendo acompanhado por outra abordagem teórica: a psicanálise. Ao referenciar o estudo de Carvalho (2004), Nogueira (2009) aponta que de acordo com entrevistas realizadas no 3º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos e 1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos, 69% dos profissionais vinculavam seu trabalho no AT à psicanálise, 4,8% ao psicodrama e 3,6% à “abordagem junguiana”, o que se coloca em contradição com a afirmação de Londero e Pacheco (2006).

Tendo em vista os avanços e impasses na prática do AT, um avanço a ser considerado é o fato de o AT não se limitar ao processo de desospitalização psiquiátrica, mas considerar, além de uma demanda institucional, a demanda social – da família, por exemplo – ou ainda as demandas do sujeito em relação ao at (Nogueira, 2009). Nogueira (2009) salienta ainda a importância de um saber teórico estruturado para que o profissional possa lidar com os impasses na clínica da psicose, além da relevância da construção de uma rede terapêutica no AT, para que não haja uma só referência profissional.

Pitá e Furegato (2009) expressam que, tendo em vista as modificações nas políticas de saúde e, principalmente, a luta pela consolidação dos ideais trazidos pela reforma psiquiátrica, é possível reconhecer a contribuição do AT que, de forma interdisciplinar, vem se estabelecendo em consonância com essas transformações na atenção psicossocial. Apesar desses dados, Londero e Pacheco (2006) expressam a dificuldade em encontrar publicações atualizadas sobre a prática do AT e ressaltam o fato desta atuação ainda ser considerada recente e em processo de consolidação teórica e técnica. Neste mesmo sentido, vale ressaltar que, dos artigos selecionados na presente pesquisa, poucos situam a prática do AT atualmente, o que dificulta o processo de compreensão e reflexão desta prática na atualidade.

## Considerações finais

Como os artigos pesquisados demonstram, o histórico do AT não se deu de forma linear, apresentando avanços e retrocessos em seu processo. Apesar das divergências apresentadas pelos autores no que diz respeito ao tempo em que surgiu o AT, os movimentos de influência apareceram em concordância em todos os trabalhos revisados, sendo os principais a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Neste sentido, de acordo com a literatura, percebemos que o AT se constitui historicamente enquanto uma possibilidade de cuidado não institucional, para além da lógica intramuros, o que caracteriza sua prática e importância no percurso da reforma psiquiátrica.

A relevância dos movimentos sociais para a consolidação do AT apresenta-se em relação às ideias de humanização e da transformação das concepções de saúde vigentes, sendo necessárias ações políticas que viabilizem sua prática efetiva. Nesse sentido, cabe destacar que o AT não é claramente referido nos documentos oficiais das políticas públicas de saúde mental, apesar de estar em consonância com as diretrizes gerais destas políticas, o que prejudica sua visibilidade e reconhecimento no campo da saúde mental. Ao considerar, por exemplo, a portaria ministerial nº. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas, no âmbito do SUS, percebe-se que o uso da expressão “acompanhamento terapêutico” em seu artigo 9º. não se refere propriamente à prática de AT, mas a um modo de atenção protetivo de caráter transitório na atenção residencial.

Faz-se necessário, portanto, pensar em ações políticas que viabilizem a prática de AT, permitindo novas propostas para o cuidado e produção de saúde e, por conseguinte, para a produção de subjetividade. Neste sentido, é importante cuidado e reflexão sobre as atividades desenvolvidas para que a lógica manicomial não se faça presente em práticas de saúde mental que deveriam estar em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica. Convém ressaltar que a mudança de paradigmas – do modelo hospitalocêntrico para o cuidado em liberdade – não envolve somente os espaços de saúde, mas inclui os atores sociais que aí desempenham suas funções, de modo a permitir que as práticas de AT sejam sustentadas e reconhecidas enquanto possibilidade de cuidado extramuros. E, ponto fundamental, tais práticas respeitem a autonomia e liberdade dos usuários.

A partir da análise dos estudos e práticas relatados nos artigos pesquisados, percebe-se que o AT possibilita movimentar o que está posto na lógica institucional da saúde mental, promovendo o cuidado em liberdade e defendendo, sobretudo, uma concepção de sujeito em seus possíveis modos de existência, de modo a oferecer espaços para que outras formas de subjetivação sejam reconhecidas. Nesta linha de considerações, pensamos que o desafio que se coloca para as práticas em AT não se limita apenas ao desenvolvimento de uma formação acadêmica e profissional especializada, mas diz respeito, especialmente, à possibilidade de produzir outros modos de problematização e reflexão dessas práticas e da implicação disso para o acolhimento e formação de vínculos entre os sujeitos envolvidos.

Sendo assim, conforme apresentado nas palavras de Lancetti (2008, p. 124): “não se trata de levar o modelo do consultório para ser multiplicado em territórios populares, mas de construir conceitos e inventar práticas que operem em pleno campo produtivo de sociabilidade e vida”. Pretendemos com isso afirmar o AT enquanto clínica afetiva, com capacidade para construção de cidadania e de produção de vida.

## Referências

- Acioli N., Manoel de L., & Amarante, P. (2013). O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 964-975.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Araújo, F. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, 10(19), 84-105.
- Bellenzani, R. & Malfitano, A. P. S. (2006). Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 115-130.
- Berlinck, L. C. (2010). O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 90-96.
- Dimenstein, M. & Azevedo, T. (2008). O Acompanhamento Terapêutico no cuidado em Saúde Mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 658-671.
- Eggers, J. C. (1985). O acompanhante terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 7 (1), 5-10.
- Gonçalves, L. & Barros, R. D. B. (2013). Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe2), 108-116.
- Gruska, V. & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia Clínica*, 27(1), 101-122.
- Guerra, A. M. C. & Milagres, A. F. (2005). quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica*, 10(19), 60-83.
- Hermann, M. C. (2005). O significativo e o real na psicose: ferramentas conceituais para o acompanhamento terapêutico. *Estilos da Clínica*, 10(19), 132-153.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. (3a. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Lattanzio, F. & Braga, L. (2010). O acompanhamento terapêutico na perspectiva lacanianiana: contribuições para uma clínica em construção. *Revista Estudos Lacanianos*, 3(4), s.p.
- Lemke, R. & Silva, R. (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe2), 9-20.
- Londero, I. & Pacheco, J. (2006). Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 259-267.

- Maciel, S. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 4(8), 73-82.
- Marco, M. & Calais, S. (2012). Acompanhante Terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(3), 4-33.
- Montezi, Aline Vilarinho. (2012). A importância do cotidiano oferecido pelo acompanhante terapêutico a pacientes psicóticos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3(2), 258-264.
- Nogueira, A. B. (2009). O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, 15(2), 204-222.
- Palombini, A. (2004). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento* (2a. ed.). Porto Alegre: UFRGS.
- Palombini, A. (2006). *Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político*. *Psychê*, 10(18), 115-127.
- Paranhos-Passos e Aires (2013). Reinscrição social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 13-31.
- Paravidini, J. & Alvarenga, C. (2008). Acompanhamento Terapêutico (AT) e saberes psicológicos: enfrentando a história. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(2), 172-188.
- Pitiá, A. (2006). Um olhar sobre o acompanhamento terapêutico pelo conceito reichiano de auto-regulação social. *Psychê*, 141-150.
- Pitiá, A. & Furegato, A. (2009). O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 67-77.
- Pitiá, A. & Santos, M.. (2006). O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Continência do sofrimento psíquico. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 2(2), 1-14.
- Pulice, G., & Rossi, G. (s.d.). *Acompanhamento terapêutico*. Buenos Aires: Polemos Editorial.
- Pulice, Gabriel Omar, Manson, Federico, & Teperman, Daniela. (2005). Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. *Estilos da Clínica*, 10(19), 12-31.
- Reis Neto, Raymundo de Oliveira, Teixeira Pinto, Ana Carolina, & Oliveira, Luiz Gustavo Azevedo. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 30-39.
- Ribeiro, A. (2009). A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 73-83.
- Severo, A. & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 59-67.
- Silva, A. & Silva, R.. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 210-221.
- Silva, D. & Silveira, R. (2013). Devires e Drivers da clínica: acontecimentos no acompanhamento terapêutico. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 71-89.
- Simões, H. (2005). A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: Uma análise crítica. 157 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Trabalho, Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Tristão, K., & Avellar, L. (2014). Acompanhantes terapêuticos na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil: quem são e o que fazem?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(50), 533-544.

Recebido em 05/02/2017

Aceito em 20/06/2017

---

Andressa Mayara Silva Souza: graduanda em psicologia, pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Membro do Grupo de Pesquisa "Psicanálise, Subjetividade e Cultura" (CNPq).

Suely Aires Pontes: graduada em psicologia, pela Universidade Federal da Bahia, mestre e doutora em filosofia (bolsista CNPq), pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente, é docente de teoria e clínica psicanalítica na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Atua nos grupos de pesquisa "Filosofia e Psicanálise" e "Psicanálise, Subjetividade e Cultura" (líder). É membro do Colégio de Psicanálise da Bahia e membro-fundador do Centro de Pesquisa Outrarte: psicanálise entre ciência e arte (Unicamp). Faz parte do grupo de sustentação do GT de Filosofia e Psicanálise (ANPOF). Autora de "Sujeito, Clínica e Psicose: entrelaçamentos" (Mercado de Letras, 2016) e de diversos artigos na interface entre psicanálise e saúde mental; filosofia e psicanálise; psicanálise e arte.