



Recebido em: 15/05/2023

Aceito em: 16/10/2024

Como citar: Alves, E. P.; Thurow, C. F. & Schneider, D. R. (2025). O acompanhamento terapêutico (AT) como movimento político pela liberdade. PSI UNISC, 9, 01-39. doi: 10.17058/psiunisc.v9i.18512

Tipo de Artigo: Relato de pesquisa

Editoras responsáveis: Dra. Leticia Lorenzoni Lasta e Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

O acompanhamento terapêutico (AT) como movimento político pela liberdade¹

El acompañamiento terapéutico (AT) como movimiento político por la libertad

Therapeutic accompaniment (TA) as a political movement for freedom

Eduardo Pereira Alves

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC / Brasil

ORCID: 0000-0003-0138-2218

E-mail: eduardopereirasc2@gmail.com

Charlene Fernanda Thurow

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC/ Brasil

ORCID: 0000-0002-9462-1320

E-mail: cfthurow@gmail.com

Daniela Ribeiro Schneider

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC/ Brasil

ORCID: 0000-0002-2936-6503

E-mail: danischneiderpsi@gmail.com

Resumo

No início dos anos 2000 o cuidado em saúde mental passou a ser oferecido no território, concebido como uma rede de atenção psicossocial. Os serviços de saúde mental construíram novas formas de cuidado e novos olhares para o sofrimento psíquico grave. Foi um grande avanço que remodelou o cenário cultural e um longo processo de desinstitucionalização das práticas e dos discursos em relação à loucura. O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma prática que nasceu junto aos movimentos de reforma na Saúde Mental, e se desenvolveu

¹ Os autores declaram que esta contribuição é um recorte da dissertação do próprio autor, porém ainda não disponível para visualização no repositório da Universidade. Assegura-se, no entanto, que a obra não foi publicada em outro periódico científico.

como uma clínica ampliada que se exerce fora do território institucional, buscando articular os elementos do seu cotidiano como estratégia terapêutica. O objetivo deste artigo, portanto, foi o de tecer uma reflexão sobre a história da prática do AT e suas prerrogativas emancipatórias e territoriais no cuidado em saúde mental. A pesquisa teve um desenho exploratório e descritivo para alcançar os seus objetivos. A abordagem do estudo foi qualitativa, com base em entrevistas com roteiro semiestruturado. A análise dos dados foi realizada por análise de conteúdo. Os resultados mostraram que as práticas do AT no Brasil caminharam *pari passu* com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e com o Modo de Atenção Psicossocial, constituindo-se como um potente dispositivo político de fortalecimento de direitos dos usuários, como o direito à cidade e a uma vida digna, e se colocam na mediação do resgate da cidadania, alimentado pelo desejo de reinserção social.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico; saúde mental; reforma psiquiátrica; atenção psicossocial.

Resumen

A principios de la década de 2000 la atención a la salud comenzó a ser ofrecida en el territorio, en una red de atención psicossocial. Los servicios de salud mental han construido nuevas formas de atención y atención al sufrimiento psíquico severo. Fue un gran avance que reconfiguró el panorama cultural y un largo proceso de desinstitutionalización de prácticas y discursos en relación a la locura. El Acompañamiento Terapéutico (AT) es una práctica que nació junto con los movimientos de reforma en Salud Mental, y se desarrolló como una clínica ampliada que opera fuera de la institución, buscando articular los elementos de su cotidiano como estrategia terapéutica. El objetivo de este artículo, por lo tanto, fue reflexionar sobre la historia de la práctica de la AT y sus prerrogativas emancipatorias y territoriales en la atención a la salud mental. La investigación tuvo un diseño exploratorio y descriptivo para lograr sus objetivos. El enfoque del estudio fue cualitativo, basado en

entrevistas con guión semiestructurado. El análisis de los datos se realizó mediante análisis de contenido. Los resultados mostraron que las prácticas de AT en Brasil iban de la mano con los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y con el Modo de Atención Psicosocial, constituyendo un poderoso dispositivo político para fortalecer los derechos de los usuarios, como el derecho a la ciudad y a una vida digna, y se colocan en la mediación del rescate de la ciudadanía, alimentada por el deseo de reinserción social.

Palabras-clave: acompañamiento terapéutico; salud mental; reforma psiquiátrica; atención psicosocial.

Abstract

At the beginning of the 2000s health care began to be offered in the territory, in a psychosocial care network. Mental health services have built new forms of care and look at severe psychic suffering. It was a great advance that reshaped the cultural scene and a long process of deinstitutionalization of practices and discourses in relation to madness. Therapeutic Accompaniment (TA) is a practice that was born along with the reform movements in Mental Health and developed as an expanded clinic that operates outside the institution, seeking to articulate the elements of its daily life as a therapeutic strategy. The objective of this article, therefore, was to reflect on the history of TA practice and its emancipatory and territorial prerogatives in mental health care. The research had an exploratory and descriptive design to achieve its objectives. The study approach was qualitative, based on interviews with a semi-structured script. Data analysis was performed by content analysis. The results showed that the TA practices in Brazil went hand in hand with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and with the Psychosocial Care Mode, constituting a powerful political device for strengthening the rights of users, such as the right to the city and to a dignified life, and place themselves in the mediation of the rescue of citizenship, fueled by the desire for social reintegration.

Keywords: therapeutic accompaniment; mental health; psychiatric reform; psychosocial care.

Introdução

Muitos foram os avanços nas políticas públicas de saúde e na luta por direitos humanos desde meados do século XX. No campo da Saúde Mental, a década de 1960 foi marcada por movimentos sociais de cidadania em diversos países, como Itália, França, Inglaterra, Brasil e EUA. Estas iniciativas construíram os movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo, ao questionarem as formas como as pessoas com sofrimento psíquico grave eram tratadas, especialmente, sobre a hegemonia do saber biomédico no cuidado das pessoas com “transtornos mentais” nos manicômios (Bessa & Souza, 2021).

Ao longo dos anos, foram implementados inúmeros serviços substitutivos ao modelo dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Este foi um grande avanço que remodelou o cenário cultural em relação à loucura, pois houve um longo processo de desinstitucionalização das práticas e dos discursos. Foi um movimento amplo, pautado na luta pela liberdade, afirmando um novo lugar social às pessoas em sofrimento psíquico (Amarante & Torre, 2017). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Ministério da Saúde, fruto deste processo, vêm demonstrando avanços ao deslocar o centro do cuidado de internações e reclusão para uma atenção comunitária, de base territorial e em liberdade. Esta mudança de paradigma assegurou maior respeito às pessoas com sofrimento psíquico grave, reconhecendo suas necessidades e desejos (Thornicroft & Tansella, 2008). Este foi um terreno fértil para o surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT) no Brasil, em meio aos tratamentos intensivos que aconteciam em instituições asilares.

A figura inicial do “auxiliar psiquiátrico” desempenhava a função de circular com paciente em ambientes fora do hospital psiquiátrico e cuidar da integridade física, da administração de medicamentos e, também, de oferecer apoio afetivo (Hermann, 2010). Da Argentina veio o termo “amigo qualificado”, que dizia respeito às pessoas cujo encargo era

estar junto ao paciente em seu cotidiano e auxiliá-lo quando necessário. A nomenclatura “amigo qualificado”, pelo pouco valor profissional que poderia ser atribuído ao termo, caiu em desuso, e a nomenclatura “Acompanhamento Terapêutico” (AT) passou a ser utilizada, por enfatizar o caráter terapêutico desta prática (Souza & Pontes, 2017).

O AT foi se consolidando como uma clínica que atua nos espaços do mundo socialmente compartilhado, na comunidade, no território, e centra sua intervenção nos vínculos e nas relações entre o acompanhado e sua rede social. O espaço público é o *setting* terapêutico desejável para seu “ato terapêutico”, mas o AT pode ser realizado em qualquer espaço com disponibilidade para acolher os diferentes modos de ser. Aposta em sua função reabilitadora, para o resgate da autonomia e da cidadania, na superação e integração do acompanhado à comunidade (Palombini, 2004).

O Acompanhamento Terapêutico é uma clínica rica em possibilidades de cuidado, estimulando a autonomia e conexão em rede, o cuidado em liberdade, a reinserção social, o trabalho e a conquista do território, como objetivos constantemente buscados nessa prática. Desta forma, insere-se no campo dos serviços alternativos à internação e institucionalização psiquiátrica, como proposta de um novo modelo de atuação em saúde mental (Godinho & Peixoto, 2019). Ao acontecer no espaço extrainstitucional, possibilita a construção de redes capazes de superar a lógica de encarceramento (Souza & Pontes, 2017). Nesse sentido, o AT é indicado para todas as pessoas que se encontram em algum tipo de sofrimento psíquico grave, por vezes em isolamento, e com grandes dificuldades para organizar um projeto de vida. Ou seja, vai ao encontro de todos aqueles que necessitam de algum cuidado em saúde mental, com as mais variadas demandas, e que por algum motivo estejam impossibilitados de seguir suas vidas, sejam estas crianças, adolescentes, adultos ou idosos (Marco & Calais, 2012).

O AT deixou de ser praticado por pessoas leigas, ou quase sem nenhuma formação, sendo substituídas por profissionais formados, em sua maioria psicólogos. Com este movimento, a prática e a teorização do AT vêm crescendo desde o início da década de 1960, e gradualmente, ocupando novos espaços (Silva & Silva, 2006). Este movimento produziu maior consistência científica à profissão de AT (Reis et al., 2011).

No Brasil houve uma constante transformação, a partir dos anos 1990 até o ano de 2016, nos processos de trabalho e no incremento de serviços que ampliaram o acesso ao cuidado para pessoas com sofrimento psíquico (Delgado, 2019), tendo como momento histórico de destaque a promulgação da Lei n. 10.216 (2001). Também identificada como a “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, buscou reformular os serviços de atenção à saúde mental e garantir os direitos das pessoas com sofrimento psíquico grave (Brasil, 2001). Porém, a resistência às transformações e a lógica de isolamento social do paciente como forma de tratamento nunca deixou de existir. Assim, as perspectivas signatárias da tese psiquiatrizante sempre estiveram presentes como movimento de contrarreforma, sendo que se produziu um retrocesso nas políticas de saúde mental, após o impeachment da Presidenta Dilma, trazendo a perspectiva manicomial à tona novamente.

A Nota Técnica n. 11, emitida pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2019 (Brasil, 2019), trata de esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e outras providências na atenção à Saúde Mental, a partir da qual se passa a financiar fortemente as internações hospitalares e em comunidades terapêuticas, inclusive com a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, para tratamento de pacientes com “transtornos mentais graves” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela foi mais uma ação deste governo federal para reforçar a lógica hospitalocêntrica e desmontar o modelo psicossocial, com a precarização dos serviços de base territorial que compõem a RAPS. A Nota Técnica também traz à tona a retomada das

internações psiquiátricas para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, uma iniciativa considerada absurda para especialistas na área (Soares, 2019). Coloca-se como uma negação dos modelos substitutivos que buscam a construção do cuidado comunitário, fortalecendo a restauração de uma sociedade com manicômios. Como afirma Soares (2019), quando você investe nos leitos para internação, já está tirando dinheiro dos serviços substitutivos, como do os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), por exemplo. Está desconstruindo as alternativas à patologização e à manicomialização, como representa o AT. De acordo com o autor, esta Nota Técnica foi o começo de muitos retrocessos no campo da Saúde Mental.

No momento atual, de um novo governo democrático e popular, a reconstrução das políticas públicas buscam reforçar a lógica da Reforma Psiquiátrica e os serviços de base territorial, fazendo-se necessária uma retomada histórica e crítica sobre as práticas do AT, valorizando as vozes dos profissionais da área. Buscou-se responder a tal questionamento: A prática do AT faz parte de um movimento político em prol da liberdade dos sujeitos? O objetivo deste artigo é o de tecer uma reflexão sobre a história da prática do AT no Brasil e suas prerrogativas emancipatórias e territoriais no cuidado em saúde mental².

2. Metodologia

Estudo exploratório e descritivo, com delineamento qualitativo, visando conhecer as concepções e modelos de práticas de profissionais brasileiros que atuam com Acompanhamento Terapêutico (AT). Aplicou-se um questionário de caracterização do perfil dos acompanhantes terapêuticos no Brasil. A seleção dos participantes foi intencional, através do método *Snowball*, com um profissional indicando outros para a participação. Foram selecionados informantes-chave de centros formadores reconhecidos no campo do AT, presentes nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e no Distrito Federal, que a

² O artigo tem como foco o diálogo com a Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, é importante salientar que existem outros possíveis espaços de trabalho do AT, como a práticas de AT no campo da educação, cuja finalidade é a inclusão de crianças e adolescentes no espaço escolar.

partir da aceitação de participar da pesquisa, indicavam outros profissionais. Obteve-se o total de 63 respostas.

A última questão deste instrumento interrogou sobre o interesse do profissional em participar de uma entrevista individual, semidirigida. Dos respondentes que demonstraram interesse, foram selecionados os que apresentavam maior tempo de experiência de trabalho na área. Para definir o tamanho da amostra do estudo, esta pesquisa utilizou a amostragem por saturação. Fontanella et al. (2011), descreve os seguintes procedimentos para sistematizar e expor o tratamento e a análise dos dados coletados nas entrevistas, para constatar a saturação teórica e o encerramento pela busca de novos participantes: (a) Imergir em cada registro: Foram realizadas leituras das transcrições e a audição das entrevistas para identificar e anotar os núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes; (b) Reunir os tipos de enunciados: Foram agregadas as falas das entrevistas por similaridade, e consideradas exemplares para cada núcleo de sentido; (c) Codificar ou nominar os dados: Foram nomeados os tipos de enunciados e núcleos de sentido, formando temas; e (d) Constatar a saturação teórica e fechar a amostra: A partir da sétima entrevista, não apareceram novos enunciados que acrescentassem novos temas à pesquisa.

As entrevistas aconteceram na modalidade *on-line* e foram realizadas na plataforma *Zoom Video Communications*. As datas e horários de cada entrevista foram combinados e definidos previamente entre o entrevistador e os participantes selecionados para a entrevista. O encontro foi gravado em áudio e vídeo para que os pesquisadores tivessem acesso integral e fiel à fonte dos dados coletados. O entrevistador explicou sobre a pesquisa e seus objetivos. Junto ao Termo de Consentimento, havia também o Termo de Autorização para Gravações e Vídeos.

A entrevista foi iniciada com um caráter mais aberto e começou com uma questão disparadora – relacionada ao objetivo geral da pesquisa: “O que é para você ser

acompanhante terapêutico?”. Em seguida, os pesquisadores foram dialogando com o entrevistado, a partir do roteiro pré-estabelecido, buscando coletar as informações sobre as suas concepções e práticas, e ao mesmo tempo atentos às ideias inovadoras que apareciam (Fontanella et al., 2006).

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados e trabalhados através da Análise de Conteúdo sugerida por Ruiz-Olabuénaga (2012). Para o autor, o texto sempre implica em um contexto, ou seja, um conjunto de sentidos e significados explícitos, mas também subjacentes aos discursos, e que apresentam aspectos práticos, éticos e técnicos. Este método foi escolhido como o meio para captar não só os sentidos manifestos nos materiais coletados, mas também os sentidos simbólicos não manifestos sobre a prática do AT. Não há estabelecimento de classificações a priori, o texto original é lido, compreendido e, posteriormente, preparado para ser analisado e interpretado. A análise de conteúdo é um processo cíclico e circular, o texto é submetido a repetidas leituras e manipulações com o intuito de apreender os significados dos dados.

Esta pesquisa foi planejada e realizada em consonância com os procedimentos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEPESH/UFSC e aprovado, na data de 10 de fevereiro de 2021, sob o Parecer nº 4.534. 353.

3. Resultados e discussão

A amostra foi composta por sete ($N = 7$) acompanhantes terapêuticos que trabalham na área por pelo menos cinco anos, conforme Quadro 1. A maioria tem entre 40 e 50 anos ($n = 4$) e se identificam no gênero masculino ($n = 5$). Atuam na região Sul ($n = 3$), Sudeste ($n = 3$) e Centro-oeste ($n = 1$). São todos formados na área de psicologia, com graus acadêmicos que variam entre especialistas ($n = 1$), mestres ($n = 2$), doutores ($n = 3$) e pós-doutor ($n = 1$).

Apenas um deles não possui curso específico em formação Acompanhamento Terapêutico (AT) e a maioria ($n = 4$) tem mais de 10 anos de atuação na área. A maioria também relata manter seu envolvimento com o saber da área através de grupo de estudos e supervisão ($n = 4$) e todos assumem abordagens clínicas como ferramentas para seu trabalho.

Quadro 1

Caracterização dos profissionais que trabalham com AT entrevistados

| N | Idade | Gênero | Estado | Maior formação acadêmica | Formação em AT | Tempo de trabalho como AT | Modalidade | Abordagem clínica |
|---|-----------------|--------|--------|--------------------------|----------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| 1 | 35-40 anos | M | SC | Doutorado | Não | Mais de 10 anos | Curso | Gestalt-terapia |
| 2 | 40-50 anos | M | SP | Mestrado | Sim | 5 anos | Curso, Grupo de estudos e supervisão | Psicanálise Lanaiana |
| 3 | 35-40 anos | F | DF | Especialização | Sim | Mais de 5 anos | Grupo de estudos e supervisão | Fenomenologia |
| 4 | 40-50 anos | M | RJ | Doutorado | Sim | Mais de 10 anos | Grupo de estudos e supervisão | Múltiplas |
| 5 | 40-50 anos | M | RS | Mestrado | Sim | Mais de 5 anos | Grupo de estudos e supervisão | Esquizoanálise |
| 6 | 40-50 anos | F | SC | Doutorado | Sim | Mais de 10 anos | Curso | Gestalt-terapia |
| 7 | Mais de 50 anos | M | MG | Pós-doutorado | Sim | Mais de 10 anos | Grupo de estudos e supervisão | Múltiplas |

Nota. Explicação das abreviações: Na coluna 'Gênero', M - masculino e F - feminino. Na coluna 'Estado', SC - Santa Catarina; SP - São Paulo; DF - Distrito Federal; RJ - Rio de Janeiro; RS - Rio Grande do Sul; e MG - Minas Gerais.

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

O texto a seguir perpassa por elementos da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial como condições para o surgimento do AT. Também são explorados aspectos do

AT como estratégia clínica territorial e seus processos formativos. Os elementos de análise, advindos das falas dos participantes foram descritos e costurados com a discussão da temática, baseada na revisão narrativa da literatura especializada da área.

3.1 Histórico, evolução e saber: o desenvolvimento do Acompanhamento Terapêutico como prática clínica e política

O método de “reconstituição moral do internado” como forma de tratamento e cura foi desenvolvido por Philippe Pinel no século XVIII. Criou no hospital um ambiente para “os loucos se tornarem civilizados” (Szasz, 1978) e, um tratamento moral para dominar as paixões e recuperar a razão (Caponi, 2012). O hospital psiquiátrico, como manicômio, foi descrito por Goffman (2003, p.11) como sendo uma Instituição Total, local onde “um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Segundo o autor, nas Instituições Totais o internado tem a concepção de si sistematicamente mortificada pelos diversos ataques ao seu “eu”. Com a perda de autonomia e liberdade de ação, o internado descobre que perdeu a possibilidade de tomar decisões pessoais importantes e cria uma série de comportamentos para se adaptar aos sistemas de punição e privilégios da instituição. Estas mudanças, em grande parte das vezes, violam seu sistema de valores e suas crenças pessoais (Goffman, 2003).

O sucesso do tratamento para a loucura seria proporcional ao “adestramento do louco”, e infelizmente, nos dias atuais essa perspectiva não foi completamente superada. Nas Comunidades Terapêuticas³, a metodologia tem como base o tripé: disciplina, oração e trabalho (De Leon, 2009). O método de tratamento em ambientes como os hospitais

³ As Comunidades Terapêuticas (CT) citadas não envolvem a proposta de Maxwell Jones, modelo originário da CTs desenvolvidas em meados do século XX, que se colocou como uma primeira experiência exitosa do protagonismo do usuário no campo do cuidado, no início do movimento da reforma psiquiátrica mundial. Aqui nos referimos às CTs como uma proposta de cuidado que foi apropriada por movimentos religiosos, de temperança, que transformaram esses espaços coletivos em novos manicômios contemporâneos, com forte viés punitivista e asilar, como se observa ocorrer no Brasil (Perrone, 2014).

psiquiátricos e agora nas comunidades terapêuticas continua sendo reeducar o suposto “anormal”, para que ele seja considerado apto ao convívio social. Segundo Foucault (2006), nestes ambientes o tratamento da loucura consiste especialmente na correção das falhas morais, utilizando técnicas disciplinares e de controle para sustentar a norma social vigente, o que resulta em...“*muitas violações de direitos nas internações psiquiátricas*” (Entrevistado 1).

Na década de 1950, constituíram-se algumas iniciativas para promover a ruptura com o modelo psiquiátrico. Iniciaram-se questionamentos sobre a noção de “doença mental”, concebida pela antipsiquiatria como um mito criado para camuflar os conflitos sociais, e atribuir o problema ao indivíduo, às disfunções neuroquímicas e de ordem mental. Estas problematizações logo ganham corpo e se direcionam para as formas desumanizadas de tratamento que aconteciam nos manicômios (Nogueira, 2009). As proposições de rompimento com as práticas psiquiatrizantes e de desconstrução da lógica manicomial, formaram o fundamento que impulsionou os movimentos de Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (1994), para desinstitucionalizar o saber psiquiátrico seria necessário decompor seus sistemas de ação e desmontar suas estratégias. O profissional que trabalha com AT está neste contexto: “*Eu sempre pensei que o AT vinha muito para desinstitucionalizar as pessoas*” (Entrevistado 3).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento complexo que envolve processos de luta política e de transformação das práticas e saberes, valores culturais e sociais relacionados à defesa dos direitos e da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental (Amarante, 1998). A partir desta concepção, o AT e outras práticas com pressupostos da reforma são ... “*uma ação política o tempo inteiro. Não só lá na ponta acompanhando a pessoa. É uma ação política em todas as ações que a gente faz no mundo*” (Entrevistado 6). A Reforma Psiquiátrica buscou combater o saber/poder de dominação e sujeição das pessoas

consideradas como “doentes mentais”, na esteira da máxima de Foucault (2006, p. 240): “onde existe poder, existe resistência”. As lutas por uma forma de tratamento mais humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico favoreceram o aparecimento de práticas clínicas que quebraram as fronteiras do *setting* tradicional e se direcionaram para a inserção da ação terapêutica no contexto social.

O novo modelo de atendimento em saúde mental proposto por Basaglia, na Reforma Psiquiátrica Italiana, abriu espaço para os voluntários, pessoas que acompanhavam os pacientes com dificuldade de reinserção social em suas atividades diárias (Araújo, 2013). Os acompanhantes terapêuticos reconhecem esse movimento histórico complexo que dá base para seu trabalho: *“a gente só pode estar falando de AT, hoje, porque a gente teve todo esse movimento. Toda a herança europeia, da Reforma Psiquiátrica e antes mesmo, da Antipsiquiatria”* (Entrevistado 6). Nesta nova proposta, esperava-se que os médicos e enfermeiros, entre outros técnicos, fossem todos um pouco acompanhantes. Segundo Araújo (2013), neste momento, o “louco” começa a circular pelos espaços do mundo compartilhado e a ocupar o território ao lado dos acompanhantes, que ficaram conhecidos como os “auxiliares psiquiátricos”. O trabalho do acompanhante terapêutico ganha espaço: *“só existe Reforma Psiquiátrica se todo mundo for um pouco acompanhante terapêutico [‘at’]. Então, o psiquiatra tem que ser ‘at’, o porteiro tem que ser ‘at’, o psicólogo tem que ser ‘at’, a assistente social tem que ser ‘at’, enfermeiro tem que ser ‘at’.”* (Entrevistado 4).

A literatura relaciona o nascimento do AT aos movimentos de crítica às intervenções pautadas pela lógica psiquiátrica que entraram em vigor, principalmente, na Europa e nos EUA, na década de 1950 (Silva & Silva, 2006). Foi neste momento de crítica que começaram a surgir ações na área da saúde com uma nova perspectiva de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, que fossem substitutas às práticas de tratamento centradas no manicômio. Este clima de mudança foi um contexto fértil para germinar as condições de

desenvolvimento para a prática do AT (Reis et al., 2011), pois “*ele surge lá como auxiliar psiquiátrico e daqui a pouco ele fica independente, fica mais autônomo, ao ponto de tensionar esse trabalho psiquiátrico*” (Entrevistado 5).

A proposta da Reforma Psiquiátrica redirecionou as práticas no campo da saúde mental e ampliou o campo da clínica, deslocando as ações do modelo biomédico para um modelo de atenção psicossocial (Fiorati, 2013). De acordo com Silva e Silva (2006), os questionamentos da Reforma Psiquiátrica, o surgimento do hospital-dia, o avanço dos psicofármacos foram os principais eventos que possibilitaram a invenção de uma prática que hoje conhecemos pelo nome de Acompanhamento Terapêutico. O hospital-dia surgiu no pós-guerra e buscou criar um espaço terapêutico para os “loucos” que não ofereciam perigo para outras pessoas, nem para si mesmo. Neles, os pacientes passavam o dia realizando atividades, e voltavam para suas comunidades à noite, quando estas atividades se encerravam. O psiquiatra Ewen Cameron foi o fundador do primeiro hospital-dia, criado em 1946, no *Allan Memorial Institute*, em Montreal, no Canadá. O hospital-dia pretendia se assemelhar à rotina da vida cotidiana e se tornar o lugar onde o paciente realizava atividades como se estivesse trabalhando, e retornava para casa no fim do dia, para seus familiares e amigos. Estes espaços de cuidado foram significativos para a constituição do papel do acompanhante terapêutico, pois eram lugares de retomada do movimento dos pacientes no mundo, em seus contextos reais de vida (Campbell, 1986).

O advento dos psicofármacos também foi um acontecimento que favoreceu o surgimento do AT. Por um lado, a invenção das medicações psiquiátricas foi uma substituição gradual para a camisa de força, pois continuou o legado de cerceamento da liberdade por meio da contenção química. Por outro, ao cessarem os sintomas psicóticos, as medicações também possibilitaram ao “louco” vivenciar novas experiências fora dos espaços fechados da instituição, na companhia de um acompanhante. Nesta configuração, se

delinearam as primeiras funções do AT: controlar a ingestão de medicação e vigiar o comportamento do internado fora da instituição (Silva & Silva, 2006).

Hoje a prática do AT é bem diferente: “*Vigiar como a pessoa está se comportando para reportar ao psiquiatra, pra reportar à família? [...], o AT que a gente fala hoje, [...] não é o AT que é vigilância [...], ele vai investir na autonomia das pessoas, na criação, no suporte, no acolhimento*” (Entrevistado 6). Pulice e Rossi (1997, p. 83), concordam que o AT surgiu no momento de grande “difusão da psicofarmacologia, que permitiu tanto a experiência dos serviços abertos, quanto a circulação dos psicóticos pela cidade”. No caminho dos movimentos de Reforma, o AT gradativamente se estabeleceu como uma tentativa de ruptura com o modelo tradicional de saúde mental e deixou de ser um mero auxiliar psiquiátrico de pacientes graves, reivindicando o reconhecimento da sua estratégia terapêutica específica como função clínica própria. Despertaram-se processos de reflexão política para repensar as práticas terapêuticas na saúde e considerar a subjetividade como produção histórico-social (Coimbra, 1995). Mas, logo em seu início, este processo acabou sendo fragilizado com a implementação da ditadura militar no Brasil.

A Reforma Sanitária no Brasil, que aconteceu na grande área da saúde, é intimamente entrelaçada com o movimento da Reforma Psiquiátrica na saúde mental (Silva & Silva, 2006). A Reforma Sanitária nasceu no contexto de luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Ela representava a preocupação dos médicos e outros profissionais, além dos usuários e seus familiares, com a saúde pública, e com as transformações necessárias em todo o setor da saúde para melhorar as condições de vida da população. Ela trouxe a proposta do novo modelo de atenção à saúde, defendido pelo movimento da Reforma Sanitária, e ergueu sua principal bandeira: “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (Souto & Oliveira, 2016). Pela fala de um acompanhante terapêutico: “*A gente só está falando de AT hoje porque teve todo um movimento, que segue tendo, e ainda é muito importante, de Reforma*

Psiquiátrica, de Reforma Sanitária desse país. De pensar a saúde como dever do Estado e direito de todo o cidadão como princípio constitucional” (Entrevistado 6). *Pari passu* à consolidação do SUS, houve um longo processo de lutas e reivindicações pela transformação das práticas em saúde mental em nosso país... *“A gente trabalha totalmente alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com a Rede de Atenção Psicossocial. Eu sou uma militante do SUS, da Reforma Psiquiátrica. Sempre estive à frente desse movimento e eu vejo que a gente articula totalmente no AT”* (Entrevistado 3).

Ainda na época da ditadura, no final da década de 1970, surgiram no Brasil associações e movimentos de luta pelos direitos dos “pacientes psiquiátricos”, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da área, sindicalistas, associações, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Este movimento deu início às denúncias da violência praticada nos manicômios e da existência de uma rede privada de assistência para mercantilização da “loucura” no país (Brasília, 2005). Conforme Silva e Silva (2006), o II Congresso Nacional do MTSM, em 1987 (Bauru/SP), que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, se configurou como o campo de forças que possibilitou a criação do “Movimento da Luta Antimanicomial”. Segundo os profissionais entrevistados *“O AT tem uma contribuição muito importante na Luta Antimanicomial”* (Entrevistado 7), ou ainda *“Eu acho que a gente não tem como pensar uma prática desse tipo, tão transformadora, tão revolucionária, sem o pensamento da cultura antimanicomial. E sem investimento nas políticas públicas”* (Entrevistado 6).

Em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n. 3.657 (1989), do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propôs a extinção progressiva dos manicômios no país e a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais (Brasília, 2005). O Projeto de Lei supracitado é um marco das lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos campos legislativo e normativo. O movimento AT foi se incorporando a lógica antimanicomial em

sua essência política “*O AT tem um viés político bem marcado também. Porque ele surge numa reação à instituição psiquiátrica [...] surge nela, mas depois vai se configurando num viés mais político de fazer frente à instituição psiquiátrica, de tirar as pessoas de dentro dos manicômios*” (Entrevistado 5).

Também, em 1989, iniciou-se o processo de intervenção pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico que era palco de maus-tratos e onde ocorriam mortes de pacientes e “*algumas experiências que ocorreram desde a reforma de Santos [da Reforma Psiquiátrica em Santos]. Lá tivemos os primeiros acompanhantes terapêuticos contratados pela prefeitura de Santos*” (Entrevistado 7). A repercussão nacional desta intervenção mostrou de forma incontestável a necessidade da construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foram implantados nesta época os Núcleos de Atenção Psicossocial, que funcionavam em tempo integral, e surgiram também as residências para desinstitucionalização de egressos dos hospitais psiquiátricos (Brasília, 2005). Estando diretamente envolvido no processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Lancetti (2012) traz o seguinte relato:

Percebíamos que os pacientes mudavam ao transpor a porta do hospício, [...] que estas saídas e entradas, as idas ao cinema, as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania [...]. O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços-tempos são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial (Lancetti, 2012, p. 21).

Nesse cenário descrito por Lancetti (2012), a clínica peripatética, aquela que anda junto com o usuário, segue seu movimento nos contextos reais de vida, ganha função terapêutica central. O AT se tornou imprescindível para a construção de uma atenção integral

e ampliada às pessoas com sofrimento psíquico grave. Os profissionais entrevistados demonstraram a apropriação dessa história pautada em movimentos sociais de luta e no impacto dessa construção em suas práticas: *“Quando eu penso, hoje em dia, na Reforma Psiquiátrica, na luta antimanicomial, eu só penso que o AT contribui muito pra que as pessoas não sejam institucionalizadas. Para que as pessoas estejam na vida delas [...] E, quando eu falo retomar a vida, é pensar que ela pode trabalhar, que ela pode ser produtiva, que ela pode estar plenamente na vida como qualquer outra pessoa”* (Entrevistado 3).

Após doze anos de tramitação no Legislativo, mesmo com alterações importantes no texto original que não deixavam claro como seria o processo de desmonte progressivo dos manicômios, o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado foi aprovado em 2001, e se transformou na Lei Federal nº. 10.216 (2001), a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Ela redireciona a atenção em Saúde Mental e descreve sobre a proteção dos direitos das pessoas com “transtornos mentais” (Brasília, 2005). A Lei discorre que estes cidadãos devem ser tratados de preferência em serviços comunitários com humanidade e respeito, e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001).

Os pontos de atenção territorializados para as pessoas com sofrimento psíquico foram se espalhando por todo o país e se consolidaram através da Portaria 3.088, de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que instituiu oficialmente a RAPS, para ampliar e articular as ações e os serviços articulados em rede. No relato dos entrevistados, essa teia de cuidado nova, passa a ser costurada pela prática do AT: *“Então, ele vai promover mesmo um trabalho em rede. E como a política nacional de saúde mental diz que tem que ser em rede, o AT é o costurador”* (Entrevistado 5). Ou ainda:

Tinha que ter um dispositivo para concretizar a Reforma e é a RAPS [...] tem que se inserir de forma concreta as pessoas aí na vida, no mundão, né? Não tem que estar

alheio a elas e é isso: testar esse mundo, fazer as pessoas circularem, as pessoas caminharem, as pessoas encontrarem formas de estar no mundo, de serem aceitas, de lidar com as questões que vão aparecendo. Então, o AT é um campo que permite que o paciente experimente esse lugar e encontrar a sua forma de circular pelo mundo e tal. E a RAPS é um dispositivo que ajuda a tecer a rede a construir diversos pontos [...] o AT é quem vai ajudando a construir, a transformar esses vários pontos numa rede (Entrevistado 1).

Portanto, em meio a toda esta trajetória de luta da Reforma Psiquiátrica brasileira pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, foi emergindo a figura do acompanhante terapêutico nos serviços de saúde. A cidade gaúcha de Porto Alegre é considerada por muitos a pioneira na experiência do AT no Brasil. “*Instituições psiquiátricas que nem a Pinel de Porto Alegre foi um dos berços do AT*” (Entrevistado 5). Entretanto, há questionamentos quanto a isto, pois o acompanhante, naquela época, ainda atuava de forma muito diferente da concepção que temos hoje sobre o AT, exercendo uma função que era ainda muito atrelada à concepção psiquiátrica.

Foi em 1960, inspirado no modelo de comunidade terapêutica de Maxwell Jones, que Marcelo Blaya criou, na Clínica Pinel, em Porto Alegre, uma instituição que apresentava propostas diferentes das tradicionais, tais como a socioterapia, os grupos operativos e as reuniões comunitárias. Também foi proposta por Blaya a inclusão de um agente específico, que foi chamado de “atendente psiquiátrico”. O atendente tinha a função de acompanhar os pacientes dentro e fora da instituição, para que eles cumprissem os programas terapêuticos elaborados e aprendessem determinadas condutas. O atendente ficou também conhecido como “atendente grude”, ou seja, aquele que circulava grudado ao paciente pelo espaço urbano para controlar possíveis situações de risco. O atendente tinha uma função mecânica de vigiar o paciente dentro e fora da instituição, mas foi uma referência importante para que os

internos pudessem progressivamente ser encaminhados para atividades fora do hospital (Silva & Silva, 2006).

Nessa época, a função do atendente psiquiátrico era exercida em grande parte por leigos, sem formação na área da saúde (Reis et al., 2011). Em Porto Alegre, as pessoas sem formação ficavam sabendo deste trabalho na Clínica Pinel, através do anúncio de jornal, noticiando que havia mais uma atividade remunerada na área da saúde: “atendente psiquiátrico”. Mas logo os atendentes psiquiátricos da Clínica Pinel passaram a ser compostos também por estudantes de Psicologia e Medicina, que faziam estágio supervisionado como parte de sua formação clínica (Silva & Silva, 2006; Nogueira, 2009). O “atendente psiquiátrico” passou a ser composto por uma mescla de estagiários e leigos.

A inspiração para a criação do “atendente psiquiátrico”, de acordo Reis et al. (2011), pode ter vindo das pessoas que comumente eram chamadas na comunidade extra-hospitalar para servir de “elo” para a reintegração social dos pacientes internados. Segundo o autor, o que importava não era a cultura acadêmica (teórica e técnica), mas a necessidade de implementar uma nova maneira política e social de abordar a “doença mental”. O atendente seria, então, o “homem da rua” incorporado à equipe terapêutica.

O trabalho de Blaya, em Porto Alegre, gerou bons frutos e logo chegou ao Rio de Janeiro, em 1969. Os trabalhos da Clínica Villa Pinheiros registraram a segunda experiência do AT no Brasil. A experiência carioca tinha como referencial teórico a psicanálise e usou o nome de “auxiliar psiquiátrico” para demarcar a prática daqueles que acompanhavam os internados dentro e fora da clínica. A psicanálise foi a primeira teoria que serviu de base para a fundamentação e evolução do AT no Brasil, na contracorrente da lógica psiquiátrica, que tinha seu foco de investigação e intervenção baseado nos sinais e sintomas, e a psicanálise deslocou a questão da escuta para o primeiro plano (Silva & Silva, 2006).

O trabalho dos auxiliares psiquiátricos na década de 1970, segundo Ibrahim (1991), perdeu sua funcionalidade com a política do regime militar, que privilegiou as internações asilares em detrimento de outras formas de tratamentos para a loucura. Segundo o autor, é nesse momento que os auxiliares psiquiátricos passaram a ser solicitados a fazer seu trabalho de acompanhamento no ambiente doméstico, entrando em um contato mais direto com a família e com o cotidiano do paciente. Ao contrário do que se esperava acontecer, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ganhar corpo no tratamento das psicoses, passando a fazer parte de uma equipe terapêutica e a receber indicações também de pacientes que estavam fora de crise e do ambiente hospitalar (Nogueira, 2009). Como observado na fala do Entrevistado 6: *“Desde a década 1970, a gente está tendo mobilização de profissionais de saúde pra pensar outras estratégias de cuidado não manicomiais, não asilares, sem manicômios, sem prisões, sem hospitais de custódia, sem comunidades terapêuticas nesse modelo de aprisionamento”*.

A terceira experiência do AT no Brasil aconteceu em 1979, no Instituto A CASA, em São Paulo, e deu novos contornos para o AT. Ele funcionava inicialmente como Hospital-Dia e, por influência argentina, utilizava o nome “amigo qualificado” para denominar o trabalho do acompanhante terapêutico (Holanda et al., 2020). Mas, na década de 1980, o dispositivo clínico denominado como AT apareceu descrito pela equipe de profissionais do Instituto A CASA, como um recurso para o trabalho clínico de base comunitária que realizava com pacientes psicóticos e seus familiares, no sentido inverso à proposta de internações em instituições psiquiátricas asilares (Nogueira, 2009). O primeiro livro brasileiro sobre AT foi escrito pela equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia do Instituto A CASA, em 1991: *“A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico”*. O livro foi fruto do Primeiro Encontro Paulista de Acompanhamento Terapêutico, que aconteceu na cidade de São Paulo, em 1989, organizado pelo próprio Instituto (Holanda, et al., 2020). De acordo com

o autor, a nomenclatura “Acompanhamento Terapêutico” passou a ser utilizada no Brasil, a partir da década de 1970, e se sedimentou na década de 1980. O Instituto A CASA utiliza, desde sua fundação, a psicanálise como abordagem clínica para orientar o pensar e o fazer do AT, e o Instituto é hoje uma das principais referências na prática e formação em AT no Brasil.

Sobre a evolução teórica no Brasil, Holanda et al. (2020), realizaram uma revisão de toda a produção científica sobre o AT no país, e escreveram o livro “Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e aprimoramento”, para apresentar os resultados desse estudo. De acordo com a revisão, o AT nasce como prática entre 1960 e 1970, e permanece assim até a década de 1980, praticamente sem pesquisas na área. Houve um fortalecimento das produções científicas após o primeiro artigo publicado em 1985 e a primeira dissertação em 1995. Na década de 1990, começam a surgir pesquisas que procuram fortalecer suas bases teóricas, apontando a emergência, a trajetória e importância desta prática na atenção à saúde mental. Especialmente, a partir de 2001, mesmo ano da promulgação da Lei n.10.216 (2001) da Reforma Psiquiátrica Brasileira, observou-se um volume maior de publicações, devido à necessidade de elaborar estratégias para promover práticas de cuidado territorial, de acordo com as políticas públicas construídas nesta época. Para os profissionais *“o AT é uma clínica extremamente séria, extremamente complexa [...] Se eu não tiver um embasamento teórico eu vou agir a partir do que eu acho, [...] fica frouxa a intervenção”* (Entrevistado 3).

O ensino do AT também se estendeu para a formação acadêmica em disciplinas, atividades de estágio ou projetos de extensão em universidades pelo país, entre elas, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade de Uberlândia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre outras (Palombini, 2019). Essa introdução do trabalho do AT nos espaços acadêmicos é vista com bons olhos pelos profissionais: *“Eu acho que tem seu valor. Se o acompanhamento entra nas*

universidades, que é outro espaço de formação importante [...] Acho muito interessante”

(Entrevistado 4).

Ainda assim, os estudos sobre o AT evidenciam importantes lacunas na literatura e a necessidade de uma agenda de pesquisas sobre o assunto que possam estabelecer contornos mais definidos sobre esta prática (Pulice et al., 2005; Nogueira, 2009; Silveira, 2016; Santos et al., 2015; Holanda et al., 2020). O panorama atual, no Brasil, mostra uma importante ampliação quanto ao trabalho e ensino do AT. Seu trabalho tornou-se desejável e começou a ser solicitado para muitas situações que vão além do trabalho com os psicóticos, e da função de evitar eventuais internações. A prática do AT passou a ser requisitada com êxito para casos de melancolia, depressão, fobias, dependências de diversos tipos, entre outras formas de sofrimento psíquico grave (Reis et al., 2011).

Mesmo sendo requisitado para outros casos de sofrimento psíquico que vão além da psicose, o trabalho do acompanhante terapêutico continuou se deparando com situações de crise e ruptura, onde o mundo social e psíquico do acompanhado, geralmente, está destroçado. Diante da multiplicidade e complexidade das demandas que foram emergindo, se tornou cada vez mais crucial para os acompanhantes terem uma formação específica em AT, para compreender e se apropriar dos aspectos éticos, políticos e clínicos que envolvem sua atuação, e uma formação em alguma abordagem clínica, a partir de onde possam localizar o fazer clínico da sua prática (Scharff, 2018).

A formação teórica e clínica vai permitir ao acompanhante terapêutico fazer uma leitura clínica de campo e se orientar nos momentos em que o acompanhado necessita de uma postura distinta, que vai além de ouvir e escutar, e que demanda uma ação intencional para sintetizar e integrar as experiências vividas e dialogadas com seu acompanhado (Aguirre, 2020). A partir do exemplo prático de um acompanhante terapêutico:

A pessoa entra numa crise, você tem que captar se aquilo é um delírio, ou [...] um discurso inibitório. [...] Numa, você vai concordar com a pessoa, tentar articular com o delírio, não vai contestar e tudo mais, e no outro você vai ajudar a pessoa a se questionar, a forçar ela a repensar [...] se a pessoa não souber diferenciar isso, pode ser desastroso (Entrevistado 1).

Embora o AT não pertença a uma área do conhecimento específico, trazendo o desafio de uma prática interdisciplinar, os processos formativos são importantes para ele manter-se contrário às práticas alienantes, e desenvolver uma clínica da exterioridade, que se exerce no extramuros e fora do tradicionalmente instituído. De acordo com Palombini (2006), existem alguns elementos-chaves para o campo do AT manter-se em uma perspectiva ética, clínica e política. A autora sintetiza estes elementos em quatro eixos fundamentais:

- 1) Estar alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica: *“a gente acompanha muitas pessoas que já foram internadas [...] na Reforma Psiquiátrica, na luta antimanicomial, eu só penso que o AT contribui muito pra que as pessoas não sejam institucionalizadas”* (Entrevistado 3).
- 2) Formar e construir espaços de continência e pertença, externo aos locais onde realiza seu trabalho, que podem ser em formatos de supervisão, grupo de estudos ou reuniões de equipe: *“Então, é tudo muito importante. A formação formal, a graduação de origem, a abordagem, cursos extras. Acho que tudo que vai te dar ferramentas, leituras de fenômenos, pensar intervenções, pensar terapêuticas”* (Entrevistado 6); e *“Eu acho que as rodas com os acompanhantes terapêuticos são muito boas. Por quê? Porque elas nos possibilitam a troca. O ser em grupo. A troca entre os acompanhantes é muito profícua, muito potente”* (Entrevistado 7).

- 3) Utilizar uma teoria clínica como caixa de ferramentas para o trabalho que contemple uma concepção de subjetividade, que concebe a constituição do sujeito a partir de uma relação de alteridade: *“A questão é os saberes que você tem, sejam eles quais forem, eles vão compor o teu acompanhamento. A questão é você saber que, por exemplo, a tua capacidade, a tua leitura clínica na rua, na hora que você sai na rua”* (Entrevistado 4).
- 4) Ter disponibilidade e desejo para o encontro com o outro, tanto por parte do acompanhante, quanto pela pessoa a ser acompanhada: *“E, daí, você vai brincar, você vai fazer as coisas juntos. Então, estar entregue para a atividade”* (Entrevistado 1); e *“Eu já fui fazer um AT que eu não tinha onde deixar meu filho e falei assim: Cara, eu tô com o meu filho aqui, deu um problema e eu não tenho muito o que fazer. Ai ele: ‘Traz ele aí, então’. Ai nós três fomos caminhar na beira da praia”* (Entrevistado 4).

Em concordância com a perspectiva apontada acima, Metzger (2018) vai propor alguns pontos cruciais para a formação do profissional de AT. Entre estes pontos, a autora destaca: (a) a necessidade de formação teórica em AT e em alguma abordagem clínica para balizar o fazer clínico e que ajude a teorizar o próprio AT; (b) os processos de supervisão para articulação teórico-clínica; (c) estar implicado com o desejo de acompanhar terapêuticamente. E vai acrescentar também a importância de o acompanhante terapêutico realizar um processo pessoal de análise e/ou terapêutico como ponto de formação.

Quanto à formação necessária para trabalhar como acompanhante terapêutico, os sete sujeitos entrevistados nesta pesquisa foram unânimes em considerar os processos formativos como fundamentais para a prática do AT. Entretanto, houve divergência nas perspectivas dos entrevistados quanto ao formato desta formação. Enquanto três acreditam que uma formação institucional em AT fosse necessária para o trabalho, outros quatro entrevistados acreditam

que ela possa ser realizada em grupos de estudos e supervisões. Na fala de um entrevistado: *“A minha cautela é se isso ganha alguma espécie de corporativismo. Alguém vai se tomar aí o lugar oficial de formação do AT”* (Entrevistado 4). Esta é uma discussão ainda em aberto entre os profissionais da área e seus desdobramentos vão ser observados com a evolução das experimentações em AT (Holanda et al., 2020).

No AT há também uma dimensão que vai além dos processos formativos que deve ser considerada como divergência, que diz respeito à informalidade. Desde o seu início, o AT era exercido por leigos com pouca ou nenhuma apropriação teórica, o que lhes garantia uma simetria e trouxe bons resultados com os sujeitos que acompanhavam. É comum o AT entrar em cena quando as práticas tradicionais fracassam, de forma que ele chega com a liberdade para atuar num terreno sem muitos limites. Ou seja, inicialmente a ideia era que o acompanhante terapêutico tinha que ser leigo para ser considerado terapêutico (Reis et al., 2011). Como exposto pelo entrevistado: *“tal como lá nos primórdios, eu acho que a sustentação e a potência desse trabalho estão na prática [...] as primeiras publicações no país e até fora, elas sempre foram muito mais relatos de experiência do que teorizações”* (Entrevistado 7).

A profissionalização da prática do AT também divide opiniões dos entrevistados. Cinco dos profissionais entrevistados justificaram a necessidade de manter a informalidade, pois institucionalizar poderia significar a perda dessa essência livre da prática:

E eu gosto muito do caráter transgressor e criativo do AT. [...] Então, não vejo necessidade de uma regulamentação, de uma burocratização desse trabalho, que é sobretudo o estar junto, né? Vai que a psiquiatria pega? Mesmo que seja a psicologia. E, aí, pra ser AT tem que ser dessa, ou daquela maneira. Então, eu não sei o quanto seria interessante politicamente, o quanto seria interessante terapeuticamente (Entrevistado 6).

Esta tensão entre ser clínico e, também, leigo é permanente no trabalho do AT.

Portanto, desenvolver a sensibilidade de reconhecer o melhor lugar a ser ocupado, de acordo com o que esteja vivenciando naquele momento com seu acompanhado, é essencial. Segundo Entrevistado 3: *“Acho que a gente talvez tenha que dosar, não ficar clínico demais, mas também não ficar leigo demais [...] Você tem que saber da teoria, você tem que saber como é que se faz um direcionamento clínico, mas você também tem que saber viver ali com a pessoa a situação”*.

Há ainda uma minoria de profissionais (dois na amostra da pesquisa) que considera como vantagem a formalização, pois traz a possibilidade de inclusão da prática nas Políticas Públicas de Saúde Mental, como uma prerrogativa do SUS, para integrar a equipe de profissionais nos CAPS, por exemplo. Esta ainda é uma discussão inicial na prática do AT que está em desenvolvimento constante. O que prevalece é a perspectiva de que, mesmo diante da evolução teórica e prática que resultaram em mudanças no modo de fazer e no perfil de quem faz o AT, a potência desta clínica também depende de preservar algo de leigo em seu trabalho terapêutico, ou seja, do imprevisto, da criatividade e do acolhimento incondicional da idiossincrasia do usuário. Por outro lado, também é louvável todo o esforço de teorizar, repensar e aprimorar a prática, para qualificar seu fazer (Reis et al., 2011).

AT é uma estratégia clínica territorial de cuidado às pessoas que estejam vivenciando alguma situação de vulnerabilidade, com rupturas psíquicas e sociais graves, e que levam a um sofrimento clinicamente significativo. O desafio imposto é de estar em um campo que apresenta exigências que vão muito além de uma clínica tradicional, com características ímpares, na dinâmica do dia-a-dia: *“O profissional fica despido [...] É você lá almoçando com a família, almoço de família em um dia de semana, sabe? [...] Com o paciente é isso, você tá no ambiente dele, no quarto dele, na sala, andando na quadra dele, pela cidade”* (Entrevistado 1). É preciso lidar com o espontâneo o tempo todo, ou ainda como exposto por

outro acompanhante terapêutico entrevistado: “*O AT é uma situação um pouco mais complexa do que o consultório, né? [...] Porque você está solto num ambiente com as variáveis muito menos controladas*” (Entrevistado 2).

Trabalhar como acompanhante é estar aberto para se deparar com situações imprevistas, que demandam outras leituras e criações que estão para além dos especialismos, pois “*you precisa de toda uma leitura do tempo e espaço [...] Você tem uma leitura da rua, se aquela rua é mais perigosa, menos perigosa*” (Entrevistado 4). Esta é uma clínica do acontecimento, do movimento e das experimentações na arte de viver. A disponibilidade para o encontro e para estar com o outro são fundamentais para o AT (Palombini, 2006; Metzger, 2018). Nas falas dos entrevistados pode-se observar a disponibilidade afetiva e o vínculo de muita proximidade que se estabelece quando as relações são menos hierárquicas e mais horizontais: “*Eu tenho aprendido a lidar com situações aparentemente insolúveis, suportá-las, encontrar saídas, mesmo que pareça que em determinadas situações não tem. Tenho aprendido muito com eles e, isso me dá muito prazer. Eu sempre saio e volto pra casa sentindo o cheiro deles. Eles estão comigo. Eu termino o meu serviço e eles continuam comigo*” (Entrevistado 7).

Diante do histórico e do desenvolvimento teórico e prático do AT, ele pode ser definido na atualidade como um dispositivo de cuidado clínico territorial, de luta pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico para o resgate da sua cidadania. É um importante elemento de cuidado na atenção psicossocial, com potência para compor as equipes que constituem a RAPS, com práticas opostas aos modelos asilares de tratamento, alinhando-se às propostas da Reforma Psiquiátrica (Acioli & Amarante, 2013; Ibrahim, 1991; Palombini, 2019; Reis et al., 2011; Silva & Silva, 2006; Silveira, 2016).

4. Considerações Finais

Este artigo teve como objetivo tecer reflexões sobre a história da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) e suas prerrogativas emancipatórias e territoriais no cuidado em saúde mental. As falas dos entrevistados subsidiaram a afirmação de que o AT faz parte de um movimento político em prol da liberdade dos sujeitos. Desinstitucionalizar é trabalhar para quebrar velhos paradigmas e construir novas mentalidades. Perpassa pelo desmonte dos manicômios, inclusive aqueles internos, que profissionais e usuários acabaram por encarnar em seu modo de conceber a vida e o cuidado, ultrapassando a derrubada dos muros como ato único de transformação. Por isso mesmo, o AT se coloca como um dispositivo clínico e político a serviço dos processos de desinstitucionalização e reintegração social das pessoas diagnosticadas e rotuladas pelo saber/poder biomédico como incapazes, incompetentes, desajustadas. A etiqueta psiquiátrica impõe sobre a pessoa todo o peso do estigma que historicamente tem sido conferido aos loucos. Ao aventurar-se nesta ética de “guerra” contra o instituído, o AT se coloca como um movimento constituinte da luta pela qualificação da Reforma Psiquiátrica como prática de resistência aos modelos asilares.

Pode-se concluir que a partir dos depoimentos dos entrevistados se confirmam os achados das discussões da literatura especializada no campo. Compreende-se que o AT dialoga diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Modo Psicossocial e se coloca como um dispositivo clínico e político de resistência, na direção dos processos de desinstitucionalização e reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico grave. A função do acompanhante terapêutico é, justamente, mediar processos de ruptura com os mecanismos de estigmatização e fortalecer o movimento da pessoa no mundo real, em seus contextos de vida, em seu território existencial, se reapropriando da cidade como espaço de ser e de cidadania. Este é um dos principais argumentos de nossos respondentes, que assumem a função ético-política do AT como fundante de suas práticas.

As entrevistas trouxeram importantes respostas sobre a compreensão do AT pelos profissionais e como ele se constitui como um importante dispositivo técnico e político de defesa das pessoas com sofrimento psíquico grave e de resistência aos modos de cuidado que esmagam as subjetividades e os diferentes modos de ser. Os resultados apresentaram como o AT vem se consolidando como potente dispositivo clínico de reintegração social e de restituição da autonomia das pessoas com sofrimento clinicamente significativo, com forte qualificação teórico-técnica e com compromisso político. Sistematizar o conhecimento científico produzido no campo do AT é fundamental, para que este modo de cuidado se desenvolva baseado em evidências e se torne cada vez mais qualificado e disponível para a população. Salienta-se a importância de complexificar a noção de evidências, para poder problematizar e configurar quais são os desfechos almejados por esta prática inovadora, visando discutir o alcance dos seus resultados. Sendo assim, teorizar sobre a prática do AT e produzir discussões que contribuam para o desenvolvimento da área tem se tornado fundamental. Ainda que seja preciso destacar que certas nuances como a formalização da profissão e da formação ainda estão em suspenso, fruto de muitas controvérsias e exigem novas discussões.

O AT pode ser considerado como uma modalidade de clínica ampliada, que acompanha a pessoa no seu cotidiano para ampliação das suas possibilidades de vida, e para construção de novas conexões afetivas junto aos territórios em que habitam. A parceria entre acompanhante e acompanhado tem potencial terapêutico para a construção de um projeto de vida que faça sentido para o acompanhado, e descortinar um horizonte de futuro que reabilite a esperança e o desejo de uma vida melhor. Pode-se concluir que, para ser um acompanhante terapêutico, é fundamental buscar o conhecimento técnico, mas é essencial não perder a dimensão da humanidade.

Sendo assim, para aqueles que trabalham com a clínica do AT, deparando-se com os desafios de enfrentar os paradoxos da vida, é condição *sine qua non* ter o desejo de acompanhar e enfrentar as vicissitudes da clínica no contemporâneo. As teorizações nos ajudam a entender os impasses hodiernos e as singularidades do nosso tempo, fomentam as reflexões necessárias para desconstruir as verdades instituídas e naturalizadas que promovem a exclusão dos sujeitos considerados como “anormais”. Portanto, a desobediência ao normativo é uma estratégia de resistência e enfrentamento das injustiças sociais. Nessa direção, coloca-se o AT, como a construção de saídas despatologizantes e potencializadoras de vida.

Referências

- Acioli Neto, M. D. L., & Amarante, P. D. D. C. (2013). O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e profissão*, 33, 964-975. doi: 10.1590/S1414-98932013000400014
- Aguirre, A. E. A. (2020). Prefácio. In: A. Holanda (Org.), *Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber*. (pp. 9-13). Curitiba, PR: Juruá Editora.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2017). Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: W. Oliveira, A. Potta, P. Amarante, (Org.), *Direitos Humanos e Saúde Mental* (pp.107-133). 1ª ed. São Paulo, SP: Hucitec.
- Araújo, F. (2013). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos apolítica da amizade*. Niterói, RJ.
- Bessa, S. L., & Souza, C. R. S. (2021). Plano de ação pessoal, cartão de crise/SOS e Recovery: Uma experiência brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(36), 143-155. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79479>
- Brasil (2001). *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil (2011). *Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. 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 Sistema Único de Saúde

- (SUS). Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil (2019). *Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Recuperado de <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brasília (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Campbell, R. J. (1986). Dicionário de psiquiatria. In: *Dicionário de psiquiatria* (pp. 644-644) São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Coimbra, C. M. B. (1995). Desenvolvimento sociocultural e Político e Meios Psicoterápicos. In: S. Ciornai, (Org.), *25 Anos depois: Gestalt-terapia, Psicodrama e Terapias Neoreichianas no Brasil*. São Paulo, SP: Agora.
- De Leon, G. (2009). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. In: G. De Leon (Org.), *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método* (pp. 479-479). São Paulo, SP: Loyola.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ Saúde*, 17(2). doi: 10.1590/1981-7746-sol00212

- Fiorati, R. C. (2013). Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. *Psicologia & Sociedade*, 25, 82-89. doi: 10.1590/S0102-71822013000600011
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 812-820. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de saúde pública*, 27(2), 388-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020
- Foucault, M. (2006). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: GRAAL.
- Godinho, D. M., & Peixoto, C. A. (2019). Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31, 320-327. doi: 10.22409/1984-0292/v31i3/5644
- Goffman, I. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Hermann, M. C. (2010). *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Holanda, A., Ferro L. F., Bennato M. C. (2020). *Acompanhamento Terapêutico: clínica, desenvolvimento e saber*. Curitiba, PR: Juruá Editora.
- Ibrahim, C. (1991). Do louco à loucura: Percurso do Auxiliar Psiquiátrico no Rio de Janeiro: In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia a casa (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (pp. 43-49). São Paulo, SP: Escuta.
- Lancetti, A. (2012). *Clínica peripatética* [Peripathetic clinics]. São Paulo, SP: Hucitec.

- Marco, M. N. C., & Calais, S. L.. (2012). Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(3), 4-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000300002&lng=pt&tlng=pt
- Metzger, C. (2018). Formação do AT: uma forma-ação que não é com-forma. In: C. K. Gerab, M. Fares, & T. Bonomi (Org.), *Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos*. São Paulo, SP: Escuta.
- Reis Neto, R. O., Pinto, A. C. T., & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicologia: ciência e profissão*, 31, 30-39. doi: 10.1590/S1414-98932011000100004
- Nogueira, A. B. (2009). O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, 15(2), 204-222. doi: 10.5752/P.1678-9563.2009v15n2p204
- Palombini, A. D. L. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre, RS: Editora UFRGS.
- Palombini, A. L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 10(18), 115-127. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30701812>
- Palombini, A. D. L. (2019). *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: rede de conversações*. Porto Alegre, RS: Redeunida.
- Perrone, P. A. K.. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569–580. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Pulice, G., & Rossi, G. (1997). *Acompañamiento terapéutico: aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico*. Buenos Aires: Polemos Editorial.

- Pulice, G. O., Manson, F., & Teperman, D. (2005). Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. *Estilos da Clinica*, 10(19), 12-31. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&tlng=pt
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigacion cualitativa*. Bilbao, Espanha: Universidad de Deusto.
- Santos, M. A., Mishima-Gomes, F. K. T., Pillon, S. C., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., Miasso, A. I., & Peres, R. S. (2015). Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: revisão da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, 17(2), 64-77. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p64-77
- Scharff, J. (2018). Na manha do gato: relato e discussão de caso clínico de AT. In: C. K. Gerab, M. Fares, & T. Bonomi (Org.), *Clínica em Trânsito: acompanhamentos terapêuticos*. São Paulo, SP: Escuta.
- Silva, A. S. T. D., & Silva, R. N. D. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicologia: Ciência e profissão*, 26, 210-221. doi: 10.1590/S1414-98932006000200005
- Silveira, R. W. M. D. (2016). Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. *Revista do NUFEN*, 8(1), 110-128. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008&lng=pt&tlng=pt
- Soares, M. A. S. (2019). 'Vão voltar com o modelo que a gente sabe que não deu certo'. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/vao-voltar-com-o-modelo-que-a-gente-sabe-que-nao-deu-certo>

- Souto, L. R. F., & Oliveira, M. H. B. D. (2016). Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, 40, 204-218. doi: 10.1590/0103-1104-20161080017
- Souza, A. M. S., & Pontes, S. A. (2017). Acompanhamento terapêutico (AT) e reforma psiquiátrica: história de uma prática. *Psicologia em Estudo Maringá*, 22(3), 335-345. doi: 10.4025/psicolestud.v22i3.35235
- Szasz, T. (1978). *A Fabricação da Loucura: Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2008). Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. *Pesqui. prá. psicossociais*, 3(1) 9-25. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-48683>

Dados dos autores:

- *Eduardo Pereira Alves*: Membro do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas". Graduado em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI; Mestre no "Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial" da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Pós Graduado (Latu Sensu) em "Dependência Química" pela Faculdade Luterana de Teologia - FLT; Especialista em Psicologia Clínica Fenomenologia e Gestalt Terapia pelo Instituto Granzotto; e Formação em Acompanhamento Terapêutico (AT) pela mesma instituição. Atualmente é professor e supervisor de estágios na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL; professor e supervisor clínico no curso de Especialização Clínica em Fenomenologia e Gestalt-terapia, do Instituto Granzotto; e cofundador e responsável técnico da "Ampliação - Espaço Clínico", local onde realiza psicoterapia, grupos de supervisão, e acompanhamento terapêutico.

- *Charlene Fernanda Thurow*: Membro do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas". Psicóloga formada na Universidade Regional de Blumenau (2016), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2020), Doutora em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina (2024). Integrante do Núcleo de Pesquisas Clínica da Atenção Psicossocial (PSICLIN), participante do projeto de pesquisa "Estudos sobre Psicologia Existencialista e Psicopatologia Fenomenológica", assim como, de "Adaptação Cultural do instrumento de risco e proteção para a juventude visando a futura implementação do Sistema de Prevenção Comunidades que se Cuidam no Brasil". Tem experiência como psicoterapeuta existencialista. Possui curso de "Psicologia e Psicoterapia Existencialista" (2016/2017) pela Universidade Regional de Blumenau. Curso de "Introdução à Ciência da Prevenção" e "Intervenções de Prevenção com Base Familiar" (2018), pela Prevenção Universal para uso de substâncias (UPC), Estados Unidos.
- *Daniela Ribeiro Schneider*: Prof^ª. Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Possui graduação em Psicologia, Mestrado em Educação, Doutorado em Psicologia Clínica, Pós-Doutorado em Ciência da Prevenção pela Universidad de Valencia - España (2012) e na University of Miami - USA (2019). Seus trabalhos se desenvolvem principalmente com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, voltando-se para estudos dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, avaliação de sistemas e programas de prevenção e promoção da saúde, Rede de Atenção Psicossocial. É especialista na obra do filósofo Jean-Paul Sartre, com várias publicações sobre psicologia e clínica existencialista. Coordenadora do Grupo de Pesquisa do CNPQ "Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e Outras Drogas". Coordenadora do PSICLIN/UFSC.

Informação complementar:

A autora Charlene Fernanda Thurow possui bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.
