**O Acompanhamento Terapêutico (AT) na Contemporaneidade**

Rodrigo Rosa Fernandez¹

Vinicius Rondon²

**Resumo**

O presente artigo aborda o surgimento histórico do Acompanhamento Terapêutico (AT) até suas práticas atuais no meio da saúde. Objetiva-se discutir os movimentos sociopolíticos que contribuíram no seu surgimento e fortalecimento, tanto quanto o desenvolvimento de suas práticas e atuações como agente de saúde. Para tanto, realizou-se uma investigação qualitativa teórica e histórica do seu surgimento até seu exercício atual, de modo a compilar uma trajetória histórico-cronológica, enfatizando com maior detalhamento, fundamentos da Reforma Psiquiátrica. As reflexões conduzem à importância do AT nas demandas atuais da área da saúde mental, uma vez que esse agente potencializa o tratamento terapêutico por meio da reinserção psicossocial do paciente acometido por algum transtorno psiquiátrico. Concluímos que o AT, ao longo da sua prática e difusão, adquiriu novas funções e atividades, que, atualmente, apenas uma pequena porção de profissionais e leigos tem conhecimento sobre, embora já haja práticas e resultados empíricos positivos de sua atuação, não só em instituições psiquiátricas, mas também em contextos variados. Adquirindo uma função não só de cuidador, mas de terapeuta, portando-se de instrumentos e técnicas provenientes, principalmente da Psicologia, além da Psicofarmacologia, Arteterapia, Terapia Ocupacional e demais Faculdades.

**Palavras-chave**: Acompanhamento Terapêutico (AT), Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

**Abstract**

This article discusses the historical emergence of the Therapeutic Accompaniment (TA) to their current practices through health. It aims to discuss the socio-political movements that contributed to its emergence and strengthening, as well as the development of their practices and performances as a health agent. To this end, we carried out a theoretical and historical qualitative investigation of its appearance until their current practices in order to compile a historical-chronological trajectory, mainly on the grounds of the Psychiatric Reform. These reflections lead to the importance of TA on current demands in the area of mental health, since this agent potentiates the therapeutic treatment through psychosocial rehabilitation of patients affected by a psychiatric disorder. Conclude that TA, throughout their practice and dissemination, acquired new functions and activities that currently only a small portion of professional and lay people have knowledge about, although longer be practical and positive empirical results of its operations not only in psychiatric institutions but also in a variety of contexts. Acquiring a function not only as caregivers but as therapists, having instruments and techniques derived primarily from Psychology, but also from Psychopharmacology, Art Therapy, Occupational Therapy and other Colleges.

**Keywords**: Therapeutic Accompaniment (TA), Psychiatric Reform, Mental Health.

**INTRODUÇÃO**

Sustentado por relatos dos camponeses friulanos, o historiador Carlos Ginzburg, em 1988, apresenta os *Benandanti –* homens e mulheres que carregavam caules de erva-doce nas mãos e proviam a cura dos “enfeitiçados”, assim como a perseguição dos feiticeiros causadores desta maldição. Entende-se que tais pessoas perpetradas por estes feitiços, eram as mesmas que sofriam de algum transtorno mental, ainda desconhecido naquela era (Idade Média), – sendo assim, julgados como loucos ou possuídos por entidades malignas. (CHAUI-BERLINCK, 2012).

A breve estória, acima descrita, dá indícios sobre a origem da prática do Acompanhamento Terapêutico - trata-se de uma modalidade de atendimento psicológico, na maioria dos casos, em que o local de trabalho é formado pelo próprio contexto do paciente. Justamente, por esse e outros motivos, o profissional, o AT, atua em um estilo único em variados aspectos (JÚNIOR, 2012). No entanto, não há como compreender essa modalidade terapêutica sem antes traçar uma linha do tempo e caminhar junto do seu surgimento aos dias de hoje.

Michel Foucault, filósofo francês, narra a origem e transformação do fenômeno da insanidade e figura do louco do Século XIX em seus escritos - *Doença Mental e Psicologia e História da loucura na idade clássica*. Nestes registros, são enfatizados dois momentos decisivos: No século XVII, período em que surge o fenômeno do internamento e outro no século XIX, quando a loucura é tomada como objeto de estudo da psicologia do campo da doença mental (CHAUI-BERLINCK, 2012). De acordo com Foucault (1978), é nos meados do século XVII que surgem as grandes casas/internatos, nas quais os proferidos como “inválidos” são reclusos do resto da sociedade. Ou seja, todos os perturbadores de ordem capitalista do trabalho – mendigos, desempregados, libertinos, dissipadores e os loucos, “são catalogados e excluídos para um pró-maior”.

A filosofia de 1978, principalmente sob as lentes da “história da loucura” ou de seu diálogo com Robert Castel (1984), representou um impulso em favor de novas concepções da política, da clínica e do exercício de poder. Politizou-se a vida e com ela a própria clínica. A partir de Foucault, essa pôde ser reconhecida como forma de denominação sobre a vida, a ‘desrazão’ e os corpos. Esta clínica, também pode ambicionar tornar-se uma forma de atuação política, desde que aberta para a renovação e exercício crítico.

No Brasil, em 1952, inaugura-se o primeiro hospício brasileiro - Dom Pedro II, na cidade de Rio de Janeiro. Seu objetivo e funcionamento eram basicamente os mesmos, os maus cuidados e ausência de um tratamento digno era saliente. Com o final do século XIX, a loucura muda de espaço e passa a ser considerada uma enfermidade de domínio mental.

Em 1960, a própria psiquiatria, principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra e Itália, começa a contestar e buscar alternativas para tratamentos psiquiátricos. Na Inglaterra, dois psiquiatras, Laing (1972) e Cooper (1973) denegam a separação da normalidade e loucura, formando um corpo de médicos que dispensavam o tratamento tradicional na conjunção manicomial. Inicia-se um trabalho de caráter mais humano e inclinado a qualidade de vida, onde se alojavam pacientes psicóticos, que demandassem um acompanhamento, em “casa”. Nos Estados Unidos, Thomas Szasz (1968) questionava o conceito da doença mental e, na Itália, Franco Basaglia (2001) indica que somente fora dos asilos que a relação terapeuta - paciente poderia concretizar-se e potencializar a melhora do mesmo (CHAUI-BERLINCK, 2012).

Este movimento, no Brasil, é conhecido como a Luta Antimanicomial, o qual se discute sobre a condição de existência do “doente mental”, retirando-o da privação de “pertencedor” de direitos, denegando e denunciando qualquer ato que viole sua condição humana, que o impeça de ser livre em presença de uma convivência social. Segundo Amarante (1995), a influência europeia, principalmente por Basaglia, atinge o Brasil, na década de 80, com a reconstrução do conceito de desistitucionalização, apoderando o movimento social pela Reforma Psiquiátrica. Esse movimento promoveu a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II, III, Ad, Serviços residenciais Terapêuticos, redução dos leitos psiquiátricos e tempo de internação, instalação de Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais, Centros de Convivência e *inclusão* da saúde mental na Atenção Primária.

Com a coexistência da Reforma Psiquiátrica, surge os rastros mais concretos do Acompanhante Terapêutico na contemporaneidade. Empregado na Argentina em 1970, com um papel, “roupagem” e nomenclatura própria, o “Amigo Qualificado” possuía o encargo de acompanhar os pacientes dentro da própria instituição ou em atividades que porventura ocorressem fora da mesma. Argentina, conhecida pela riqueza da Teoria Psicanalítica, denota à palavra “acompanhar” o significado do termo winnicottiano *holding*, entendido como apoio (ESTELLITA-LINS, 2012).

No Brasil (2004), concretiza-se a Lei 10.216 de 2001 – conquista da Luta Antimanicomial, uma vez que defende a não internação prolongada e a redução das internações compulsórias, ela visa uma integração do paciente – pessoal, familiar e social num geral, possibilitando estima com teor de aceitação perante o portador de um transtorno mental enquanto ser humano. Por fim, a Lei Paulo Delgado explana o seguinte:

“O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracteriza a situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”.

Como parte dessas Lei associadas ao cuidado e proteção do doente mental, em 2003, assina-se a Lei n. 10.708 instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtorno psiquiátricos, egressos de internação (BERLINCK et al, 2008)

O início da prática do AT dá-se com a demanda destas novas diretrizes da Lei à respeito da Reforma Psiquiátrica. Com isso, psiquiatras, requisitavam o trabalho do AT no acompanhamento de pacientes, geralmente psicóticos (esquizofrênicos), nos diversos ambientes (internações ou não) desses, com o objetivo de certificar a segurança e melhora do quadro. Assim, formavam-se equipes de quatro a cinco ATs, que se revezavam noite e dia em um atendimento de 24hrs/dia. Passada a crise do paciente, os ATs diminuíam progressivamente os encontros até que o serviço não se caracterizava mais necessário (NETO, 2011).

Com o passar do tempo, o AT, passa, então, a ter como foco e objetivo primordial de trabalho substituir o “*holding”* da internação, consequentemente, transferindo a prática winnicotiana para o cotidiano e contexto social daquele paciente antes internado.

Em uma perspectiva historicamente, essa modalidade terapêutica, foi gerada e concretizada a partir de ideais que recusavam acreditar que a loucura era incurável, muito menos, espíritos e condenações divinas, como na Idade Média, mas sim, apenas uma patologia a ser decifrada e, consequentemente, tratada. Foi da luta desses, que os pacientes datados como loucos, ascenderam da loucura para a clínica terapêutica, viabilizando, concomitantemente, seus direitos a liberdade, promoção de saúde, qualidade de vida digna e respeito.

Para Estellita.-Lins, Oliveira e Coutinho (2007), o AT pode ser contextualizado na Reforma Psiquiátrica como uma modalidade de intervenção em saúde mental baseado em cuidados domiciliares, hospitalares e em todo e qualquer contexto social do paciente. Pode-se afirmar que o AT evoluiu do movimento antipsiquiátrico, na sua origem, para um agente na luta a favor da ‘desinstitucionalização’.

Assim, abre-se espaço para reflexões da trajetória desse agente ao que diz respeito ao seu papel e função.

O modelo tradicional que restringia o AT a pacientes ‘cronificados’ e/ou psicóticos de longa internação, sem melhora do quadro, passa a demandar de maior atenção e divisão de responsabilidade, uma vez que o paciente não se encontra mais internado. Logo, no decorrer do tempo, ao longo da Reforma Psiquiátrica e da reestruturalização da atenção primária do cidadão - na constituição de Redes de Apoio- o AT adquiri uma nova identidade e função no tratamento da saúde mental.

Pode-se pensar que o Acompanhamento Terapêutico é um elemento que transpõe a história da saúde mental – uma ponte que liga a origem da loucura, se alimenta dos ideais humanos da Reforma Psiquiátrica e agrega um novo modo de intervenção . Frente a este paradigma construído ao longo da história, emerge a demanda e o campo desta abordagem, tomando o encargo de influente ‘desinstitucionalizador’ e atuando diretamente na reinserção psicossocial do sujeito. Através de um olhar mais humano, uma escuta empática e servindo de Ego auxiliar, ele adota um papel sólido e significativo na promoção da reabilitação psíquica e comportamental.

Por fim, indaga-se até onde o AT pode atuar, aonde, com quem e como ele pode atuar nos tempos atuais. O campo da saúde mental vem cada vez mais se ampliando, caracterizando sua identidade e desmistificando os tabus de sua prática, logo, o campo de atuação dos profissionais da saúde se amplia, adquiri novas identidades e práticas, constituem-se novas teorias e técnicas e criam-se novos campos “geográficos” – por assim dizer- de atuação. Concomitantemente, é designado novas funções e áreas que o AT pode atuar, promovendo e completando a Rede de saúde do cidadão portador de enfermidades psiquiátricas.

Para aproximar ainda mais este módulo de intervenção psicoterápica com as principais demandas esmiuçadas neste artigo, pretende-se revisar a história que precedeu a criação do acompanhamento terapêutico até os dias de hoje, promovendo uma discussão em relação às reais demandas que poderiam ser supridas por essa clínica que hoje, ainda é pouco investida.

**MÉTODO**

O artigo se portará de uma metodologia de cunho Qualitativo, visto que não utiliza de métodos de coleta de dados, tão pouco análise de dados estatísticos, visando unicamente a descrição e aprofundamento dos fenômenos apresentados na pesquisa pelos autores (SILVA e MENEZES, 2005).

Em vista dos objetivos do artigo, caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica a partir de que todos os materiais serão obtidos em livros, artigos e matérias, assim, conjurando o aporte teórico utilizado na construção do trabalho (SILVA e MENEZES, 2005).

Com base nisso, esse trabalho será fundamentado numa base referencial adquirida em sites virtuais de artigos científicos como, *PubMed*, S*cielo*, *LILICAS*, Google Acadêmico; e na Biblioteca Central da PUCRS, onde foram obtidos livros e matérias, que contemplam o fenômeno/assunto proposto.

**A TRAJETÓRIA DO AT**

**A Reforma Psiquiátrica**

O entendimento sobre a loucura, até o final do século XIX era baseado em conhecimentos sobre a doença, e não sobre o homem doente. O quadro sintomatológico era o único guia para compreensão desta e a intervenção “terapêutica” era a alienação social deste sujeito, ou seja, perda de identidade perante a sociedade, sendo assim extraditado da sociedade e abonado de seus direitos (PITIÁ & FUREGATO, 2009).

Em meados da década de 50, nos Estados Unidos e na Europa, pós Segunda Guerra Mundial, surgem propostas de reforma na assistência psiquiátrica. As denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e ‘cronificação’ dos doentes deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham. Ao mesmo tempo, a pressão por reformas sociais e sanitárias e os movimentos pelos direitos civil e humano impuseram a redefinição dos modelos de assistência de saúde (VIDAL, BANDEIRA & GONTIJO, 2007).

Desta maneira, ocorreram mudanças nos paradigmas das práticas em saúde mental, por conseguinte, a abordagem da loucura mudou de foco, - passando da doença para o doente-, sendo, então, o homem visto em sua fala e corporificando a doença (PITIÁ & FUREGATO, 2009).

Já no Brasil, foi durante o período da Ditadura Militar, em 1970, que surgiram denuncias de abandono e violência de pacientes internados em instituições psiquiátricas. Profissionais da área da saúde, influenciados pelos movimentos ingleses de antipsiquiatria, reforma psiquiátrica eurocomunista italiana e as comunidades terapêuticas argentinas forneceram à esses interlocução, inspiração e exemplo para que a revolta e a luta a favor de mudança do sistema de saúde atual (ESTELLITA-LINS ET AL, 2012).

A Constituição da República, de 1988, teve papel de destaque na consolidação destas iniciativas através da ‘municipação’ do modelo gestor. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como objetivo principal a reestruturação da atenção psiquiátrica, com a substituição progressiva de instituições manicomiais por uma rede de atenção integral composta por diversos serviços de saúde (Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social,...). Não obstante, o portador de doenças mentais têm seus direitos humanos legais restituídos, sendo assim, tratado como cidadão portador de uma doença (ESTELLITA-LINS ET AL, 2012).

A mudança que vem surgindo no contexto brasileiro são os projetos de atendimento especializados com o enfoque de reabilitação biopsicossocial dos pacientes, esses, geralmente, institucionalizados. Sendo estes, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituindo um dos auxílios que substituíram as instituições manicomiais e distinguem-se horizontalidade de ações interdisciplinares e terapêuticas.

Em locais de maior demanda além dos CAPS adultos e infantis, a rede conta com Ambulatórios de Saúde Mental, cuja função é dar assistência à portadores de transtornos psiquiátricos e familiares. Já para dependentes químicos, são os CAPS-AD que dão todo o suporte e tratamento, entretanto muitas vezes a única opção desses é a internação compulsória (ordem judicial) ou não.

É de vital necessidade a construção de uma rede interdisciplinar que consiga envolver um território multiprofissional atuante e supridor das demandas ali impostas. Que não se oponha as práticas médicas, muito menos as internações compulsórias, mas que incorpore uma prática mais estratégica e produtiva, que seja efetiva e bem programada – de acordo com as especificidades de cada cidadão-.

A região Sul do Brasil domina o maior número de CAPS por 100 mil habitantes, no entanto, aponta-se estudos que a prática realizada nesses centros não satisfaz a real necessidade daqueles que os frequentam, indicando falta de envolvimento humano na ação “comunitária” como também falta de aporte teórico e instrumental pelos profissionais (HIRDES, 2008).

Fraga et al (2006), em seus estudos, afirma que os serviços como CAPS, Residenciais Terapêuticos e Hospitais-dia ainda se fazem insuficientes para as necessidades da população, mal distribuídas geograficamente, sendo que há municípios que não desfrutam desses benefícios. Continua, afirmando que a rede ainda não se faz resolutiva e articulada, o que tudo indica que há um problema de gestão e financiamento por parte dos setores públicos.

Tudo indica que mesmo com a Reforma Psiquiátrica ter sido aceita e investida no atual momento brasileiro, as mudanças propostas em certos quesitos foram satisfatórios, contudo dentre outros ainda deixam a desejar. Indaga-se, então, quais outros campos dessa rede de apoio ao doente mental que podem suprir a necessidade e potencializar/aperfeiçoar a saúde mental da população em geral.

Esse processo de mudança na Reforma Psiquiátrica, na luta contra os manicómios e pacientes internatos - institucionalizados, solicita agentes sociais e profissionais (diversas áreas) chamados ATs. Ou seja, não é suficiente acabar com Manicômios e/ou substituí-los, é necessários criar uma clinica ampliada atuante no espaço domiciliar e no cotidiano. Essa demanda acena para alianças com o ATs capazes de renovar esse panorama institucional, optando por serem agentes percursos da mudança atuantes *in loco* (ESTELLITA-LINS ET AL, 2012).

**O Agente de Mudança**

O AT, antes já descrito como “amigo qualificado”, por volta dos anos 60, é denominado como “auxiliar psiquiátrico”, quando começa a atuar em Comunidades Terapêuticas (mudança idealizada pela Antipsiquiátria nas décadas anteriores tanto no exterior como em rede nacional). Em Porto Alegre, nesse período, jovens universitários começam a atuar dentro dessas instituições, participando do cotidiano dos pacientes os auxiliando conforme suas demandas e necessidades.

Em meados nos anos 70, no entanto, com a ditadura militar, esses auxiliares, perderam espaço, devido as despesas que causavam as próprias instituições e ao governo restrito na época. Contudo, eles começaram a ser requisitados a continuarem atuando, só que fora do espaço de internação, ou seja, na residência do paciente, viabilizando, assim, um contato direto com o cotidiano e o universo familiar do mesmo.

A função desses agentes, conforme Ibrahim (1991), era de controlar a ingestão dos medicamentos corretamente, ser um confidente, assim, servindo de Ego auxiliar ou até mesmo servindo de SuperEgo.

Embora essas funções descritas já proporcionam um viés de atuação e técnica do AT, atualmente, já há novas atividades e funções que esse agente de mudança pode exercer. Os autores Carniel e Pedrão (2005) citam essas sendo:

* Contenção física e psicológica do paciente;
* Oferecer-se como modelo de identificação;
* Emprestar o Ego;
* Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do mesmo;
* Informar sobre o seu mundo objetivo;
* Representar o terapeuta;
* Atuar como agente ‘ressocializador’;
* Servir como catalisador das relações familiares;

Em 1990, em Porto Alegre, especificamente na Comunidade Terapêutica D. W. Winnicott notou-se a necessidade, por parte dos demais profissionais (psicólogos, psiquiatras e psicopedagogos), de proporcionar algum tipo de abordagem psicoterápica a pacientes autistas e psicóticos. Assim, cria-se o “Serviço de AT”, constituído por universitários de diversas áreas da saúde, que eram contratados ou voluntários, para compor uma equipe especializada na atuação e manejo desse público alvo (EQUIPE DE AT DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA D.W. WINNICOTT, 1996).

Com isso, entende-se que, não só as demandas institucionais de internação,s de internação, estavam sendo supridas, como também, a necessidade do AT. No entanto, as demandas privadas, como consultórios ou Hospitais – Dia também não estavam dando contato das necessidades dos pacientes.

Novamente, o AT, ganha um espaço, embora agora, reinicia sua jornada fortalecido, não somente pelas demandas, mas também por ter adquirido uma função caracterizada e descrita, estimulando, cada vez mais, a profissionalização dessa atividade.

Pitiá e Furegato (2009) descrevem a função do AT como um agente com objetivos de inclusão social e reabilitação psicossocial do paciente, caracterizando sua atividade como uma prática clínica, em movimento, que instiga o paciente a criar novas estratégias de resolução de problemas, tendo sempre um projeto terapêutico pré-estabelecido, apesar das cenas e inesperados do contexto social. Essa atividade constitui uma prática clínica, pois o acompanhante e acompanhado estão em sintonia com a execução desse projeto terapêutico, o qual favorece o processo de reabilitação psicossocial e mudança de comportamento.

Com o crescimento e resultado positivo da Terapia Comportamental, nos dias de hoje, essa passou a ser uma ótima ferramenta para o AT dispor e utilizar com seus pacientes. Londero & Pacheco (2006) afirmam que há habilidades que são pré-requisitos para o AT que propõe trabalhar com esse enfoque teórico: Treinamento em observação; Conhecer conceitos básicos de análise de comportamento; Conhecimento de técnica de entrevista; Capacidade de estabelecer relação terapêutica; Ter clareza na aplicação das técnicas; Ter noção básica de psicopatologia e psicofarmacoterapia.

O AT, não somente auxilia os processos comportamentais como também auxilia as representações simbólicas disfuncionais que acometem o paciente, por exemplo, rompimento simbiótico mãe-filho, sendo um agente ‘reestruturador’ dessa relação. (JOURNAL OF THE A. PSYCHOANALYTIC ASS., 1983). Winnicott aponta o *placement* como a forma de possibilitar uma experiência que re-signifique a que foi vivida originalmente (quando criança com a mãe) e por permitir que o paciente encare objetivamente seu lar (SAFRA, 2006).

Não obstante, hospitais psiquiátricos e clínicas de reabilitação, locais acometidos por transtornos psiquiátricos, muitas vezes severos e crônicos, também são instituições frequentados pelos ATs que vem com a finalidade de auxiliar os usuários que apresentam dificuldade na obtenção da alta hospitalar, oferecer dispositivos de prevenção aos processos de ‘cronificação’, mobilizar a ação para evitar outras internações, facilitar a permanência do portador na comunidade e favorecer o tratamento extra-hospitalar (FIORATI &SAEKI, 2008).

Dentre esse contexto, Bezerra &Dimenstein (2009) aplicam um estudo sobre a Alta Assistida que consiste em promover um contato saudável do paciente com sua família após a alta, direcionar o paciente à alguma unidade de saúde próxima a sua casa ou cidade, por exemplo, CAPS, e, com isso, diminuir a frequência de reinternação do paciente. Neste caso, o AT foi o profissional destinado a atuar junto a essa proposta, uma vez que tem a capacidade de criar possibilidades reais de vida para os portadores de transtornos mentais, apostando no seu potencial criativo de se colocar no mundo, buscando reinserir o paciente na sociedade resguardando sua presença no meio social e familiar, configurando sua prática na rua, quanto nos diferentes espaços sociais por onde o sujeito pode circular, rompendo a restrição da internação.

Visto os dados citados acima, já se pode observar o quanto o AT pode auxiliar os demais profissionais da saúde, de maneira interdisciplinar, em inúmeras opções terapêuticas, que podem ser oferecidas para a melhora do pacientes. Não obstante, o AT pode ser um ‘otimizador’ de novas práticas e perspectivas terapêuticas, assim, obtendo seu papel de destaque e funções estruturadas.

Hoje em dia, o AT já atua em inúmeros locais exercendo variadas funções e atividades. Ayub (1996) afirma que o AT deve ter uma formação na área da Saúde Mental, comparecer a supervisões sistemáticas e psicoterapia pessoal, para que possa construir um vínculo estável, sadio e destituído de conteúdos do terapeuta na relação com o paciente.

Por fim, o trabalho terapêutico do AT não deve ficar restrito somente ao paciente psicótico, podendo realizar trabalhos de integração social com indivíduos portadores de deficiências, síndromes e distúrbios de desenvolvimento (AYUB, 1996). O trabalho do AT engloba diferentes meios, como por exemplo: Residência particular, Atividades ao ar livre, Escolas, Transportes Público-Privados, Viagens, Hospital – Dia e Internações psiquiátricas.

**CONCLUSÃO**

Traçar marcos desta estimulante jornada nos faz perceber que o Acompanhamento Terapêutico, assim como diversas outras modalidades da área da saúde, passou por grandes transformações - se alimentando de embasamentos históricos e procurando encontrar o seu lugar em destaque, o AT se mostrou cada vez mais importante do que se refere à saúde mental.

Em contrapartida, nos tempos de hoje, ele encontra-se enfraquecido por um sistema que peca - muito - no auxilio do sujeito enfermo.  O número de Hospitais - Dia estão cada vez menores e despreparados, assim como os CAPS oferecidos a população. Cai-se então em um paradoxo – O AT, que deveria estar atuando para auxiliar e suprir algumas necessidades do sistema de saúde é pouco conhecido e divulgado. Com isso, pensa-se que é necessário voltar a estimular este método que, como descrito ao longo deste artigo, possui, a nível global, um importante papel na história da saúde mental e consequentemente, na qualidade de vida de pacientes possuidores de sofrimento mental.

**REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cad. Saúde Pública, 1995.

AYUB, P. **Do Amigo Qualificado ao Acompanhante Terapêutico**. Infanto: Rev. de Neuropsiquiatria da infância e adolescência, 1996.

BERLINCK, M., MAGTAZ, A., TEIXEIRA, M.. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. São Paulo: Revista Psicopat. Fund. vol.11, 2008.

BEZERRA, C., DIMENSTEIN, M.. **Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência**. Rio de Janeiro: Psicologia Clínica, 2009.

CARNIEL, A., PEDRÃO, L.. **A prática de acompanhante terapêutico com o portador de transtorno mental**. Ribeirão Preto: SMAD, 2005.

CHAUI-BERLINCK, L.. **Novos andarilhos do bem: Caminhos do Acompanhamento Terapêutico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA D. W. WINNICOTT (org.). **Acompanhante Terapêutico: reflexões e perspectivas**. Porto Alegre, 1996.

ESTELLITA-LINS, C. et al. **Prevenção, adesão, promoção de saúde e reabilitação sob acompanhamento terapêutico**. Lisboa: Colibri, 2007.

ESTELLITA-LINS, C., OLIVEIRA, V., COUTINHO, M.. **Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

FIORATI, R., SAEKI, T.. **O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade**. São Paulo: Interface, 2008.

FRAGA, M., SOUZA, A., BRAGA, V.. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir**. Fortaleza: ACTA, 2006.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

JÚNIOR, I.. **Teorias e práticas no campo do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

LONDERO, I., PACHECO, J.. **Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras**. Maringá: Psicologia em Estudo, 2006.

NETO, R., PINTO, A., OLIVEIRA, L.. **Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2011.

PITIÁ, A., FUREGATO, A.. **O Acompanhamento terapêutico (AT): dispositivos de atenção psicossocial em saúde mental**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2009.

PITIÁ, A., SANTOS, M.. **O acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico**. Ribeirão Preto: SMAD, 2006.

SAFRA, G. **Placement: modelo clínico para acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Psychê, 2006.

VIDAL, C., BANDEIRA, M., GONTIJO, E.. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2008.