

ARTIGOS

Rinaldo Conde Bueno¹

Acompanhamento Terapêutico: a gênese nos movimentos reformistas em saúde mental, suas clínicas e a profissionalização instituinte da prática

Therapeutic Accompaniment: the genesis in the reformist movements in mental health, their clinics and the instituting professionalization of the practice



RESUMO:


Este artigo tem como objetivo tratar das origens do Acompanhamento Terapêutico (AT) enquanto uma prática clínica que se estruturou em meio aos movimentos instituintes de reformas em saúde mental e a sua profissionalização. Novas modalidades clínicas se puseram em movimento em âmbito global logo após a Segunda Guerra Mundial, sendo a clínica do AT uma delas. A Argentina e o Brasil são os principais protagonistas do AT em sua gênese. Em função disso faz-se aqui uma revisão de literatura concatenando os movimentos reformistas e o começo da prática clínica do AT, com nuances diversas entre os países onde ela acontece e os campos de atuação nos dias de hoje. Por se tratar de uma prática clínica itinerante e territorial, o AT vai ao encontro de prerrogativas fundamentais das novas políticas internacionais em saúde mental e apresenta resultados importantes nesse ínterim.

ABSTRACT:

This article aims to address the origins of Therapeutic Accompaniment (TA) as a clinical practice that was structured among the instituting movements of mental health reforms and their professionalization. New clinical modalities set in motion globally shortly after World War II, the TA clinic being one of them. Argentina and Brazil are the main protagonists of the TA in their genesis. As a result, a literature review is here concatenating the reformist movements and the beginning of TA clinical practice, with different nuances between the countries where it takes place and the fields of activity today. As it is an itinerant and territorial clinical practice, the TA meets fundamental prerogatives of the new international mental health policies and presents important results in the meantime.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico; Reforma psiquiátrica; Clínica do AT

Keywords: Therapeutic accompaniment; Psychiatric reform; TA Clinic

¹ Doutor em Psicologia, Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (UFMG), Secretaria Municipal de Saúde, Itabira, MG, Brasil. rinaldocob@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0001-5592-3222>

INTRODUÇÃO

O surgimento da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) deve ser entendido como um processo embrionário baseado em práticas que tinham o propósito de desconstruir o tratamento psiquiátrico hospitalar e promover uma reação ao modelo rígido de asilamento da loucura. Para localizar cronologicamente o início do AT, é fundamental percorrer o processo de transformação ocorrido na assistência à saúde nos países ocidentais, partindo das modificações em escala global experimentadas no período pós Segunda Guerra Mundial. Esses cenários serão descritos aqui de forma sucinta, com a pretensão apenas de localizar esses períodos de mudanças históricas e estruturais que orientaram as reformas¹ no âmbito psiquiátrico. Tal exposição se faz importante porque indica o surgimento da prática do AT como uma das inúmeras possibilidades de assistência em saúde mental surgidas desde então para promover a ruptura com o modelo alienista de isolamento asilar.

A violência generalizada e o padecimento de extensos contingentes humanos ocasionados pela Segunda Grande Guerra produziram, dentre tantos fatores, um efeito positivo na reconstrução dos países após seu encerramento. Em uma tentativa de reduzir as consequências devastadoras da guerra, a reorganização dos serviços

psiquiátricos teve alguns focos de tratamento pautados pela humanização da assistência voltados aos pacientes psiquiátricos como alternativa ao enclausuramento, tido até então como a hegemônica a ser seguida.

A abordagem esquemática dos modelos de Reforma Psiquiátrica de maior relevância no Ocidente aponta para confluências importantes na efetivação da mudança paradigmática acerca da assistência neste campo, que serão consideradas nas linhas que se seguem. Pode-se destacar o questionamento do hospital psiquiátrico como ponto central do modelo de tratamento destinado aos loucos. A violência e a submissão dos internos, o caráter asilar e a perda de identidade do paciente, além do alto custo dos procedimentos executados em um hospital, fizeram com que o momento histórico do pós-guerra e a demanda das populações atingidas viabilizassem outros caminhos, que permitiram os movimentos reformistas.

Em sequência, pode-se afirmar que o caráter pluridisciplinar das equipes profissionais envolvidas nos referidos movimentos reformistas, as quais estimulavam os estilos de discussão e reflexão assembleares (muitas vezes com a participação de pessoas de fora da realidade hospitalar, como familiares estudantes e comunidade em geral) é também um fator importante no encadeamento das referidas mudanças. A horizontalidade hierárquica era objetivada em vários desses

modelos de reforma. Com uma proposta pautada pelo movimento político-cultural que desaguou no maio de 1968, as propostas reformistas puseram em prática críticas e efetivas mudanças no campo de atuação da saúde mental. A produção de outros olhares, outras teorizações e outras experimentações foram possíveis.

O trabalho no território, a criação de estruturas extra-hospitalares comunitárias e a aproximação com a justiça e os direitos civis proporcionaram aos trabalhadores e aos pacientes e familiares possibilidades de tratamento inovadoras e em constante formação. A inclusão social, contemplando a circulação pela cidade e nas casas dos pacientes, formalizou em quase todos os modelos um fazer mais humanizado e favorável ao exercício da cidadania para as pessoas acometidas por transtornos mentais.

Tendo em vista essas considerações que apontam para interseções dos movimentos reformistas do período pós Segunda Guerra Mundial é possível delinear não só o início de grandes mudanças na assistência em saúde mental como também a gênese do AT, que faz parte desse contexto. É presumível inferir que foram constituídas práticas embrionárias que intentavam desviar-se do modelo asilar e que a quebra do modelo médico-centrado estava já sob contestação, ainda que de forma incipiente.

Entender a complexidade dessas mudanças

paradigmáticas e o percurso do que nominamos atualmente como AT é de alta relevância para fomentar novas possibilidades de atuação dessa prática, além de promover novas ideias que transcendem a assistência em saúde mental. Partindo dos movimentos reformistas que germinaram a prática do AT na década de 1960 no Brasil e na Argentina, a pesquisa se debruça ainda na exposição de um cenário novo em relação à profissionalização do AT, o que por si só já seria suficiente para outras investigações científicas.

PRÁTICAS INSTITUINTES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Em função de acontecimentos específicos, aqui aglutinados nessa pesquisa para concatenar a gênese do AT, pode-se inferir que a liberação da internação ininterrupta, majoritariamente involuntária, das dependências hospitalares psiquiátricas forjou o início do cuidado para além dos muros institucionais do manicômio. Segundo Silva (2005), surgiu em 1946, em Montreal, no Canadá, uma possibilidade concreta de transformar o modelo assistencial da época: o Hospital-Dia. Este dispositivo, que oferecia serviços nas áreas de psicologia, enfermagem, medicina, terapia ocupacional e serviço social, além de um número significativo de praxiterapias (oficinas diversas em artes, cultura e esporte, entre outras), fez com que a internação perdesse sua preponderância absoluta nas inter-

venções psiquiátricas. Outros modos de lidar com a loucura começaram a ser vislumbrados de forma ampliada.

Pouco tempo depois, a descoberta de substâncias que estabilizavam os quadros de agitação de alguns pacientes, tais como os testes promissores com o carbonato de lítio e a clorpromazina, fez com que se precipitassem tratamentos que não precisavam necessariamente “trancar” os pacientes em uma instituição. Inaugura-se, a partir da psicofarmacologia e do momento histórico em questão, um novo rumo ao tratamento de pessoas com transtornos mentais (Silva, 2005). Mesmo considerando o importante recurso do uso de medicamentos no tratamento de esquizofrenias, Passos (2009) alerta que posteriormente essa “pseudorrevolução” demonstrará suas limitações, como os efeitos secundários, pelo uso prolongado de medicamentos e por sua ineficácia no que se refere à dimensão preventiva. Entretanto, na efetivação do Hospital-Dia como um novo dispositivo de tratamento alternativo às internações, fez-se naquele momento um percurso que apoiaria a dissidência da hegemonia hospitalocêntrica na lida com pacientes psicóticos. Ainda que “controlados”, os pacientes psiquiátricos passaram a figurar mais nos espaços urbanos e os acompanhantes deles (atendentes ou auxiliares psiquiátricos) foram, neste cenário, peças fundamentais.

Os Hospitais-Dia, especialmente na década

de 1950, contando com o respaldo das drogas psiquiátricas recém-descobertas, ganharam força nos cuidados em saúde mental e proporcionaram um fazer que incentivou a circulação dos pacientes em seu meio social como algo inovador e eficaz no tratamento de muitos deles.

A partir daqui pode-se indicar os movimentos reformistas, orientados por esses primeiros passos dos Hospitais-Dia, puderam radicalizar as transformações da assistência aos transtornos mentais e quebrar paradigmas quanto aos cuidados e ao olhar na lida com a loucura. Certamente, os Hospitais-Dia não foram, sozinhos, os responsáveis pelo cambiamento desse contexto de âmbito mundial, mas sua influência é considerável. Os movimentos aludidos se contrapõem ao modelo único e hegemônico do hospital psiquiátrico, orientados por um importante enfoque comunitário e pela luta em prol dos direitos humanos e civis de uma população violentada há mais de dois séculos. Mesmo com as diferenças entre remodelar o hospital e suas atividades até a sua negação e destruição completa, um elo comum foi determinante: o paradigma pineliano estava sendo contestado amplamente.

Neste caminho, o AT aparece como um simplificado acompanhamento a ser realizado fora do hospital, em um primeiro momento, para depois questionar os fazeres e se impor como uma prática potente e capaz de amenizar o ciclo inter-

nação-alta-reinternação, muito evidente no momento posterior ao fechamento de muitos hospitais (desospitalização). A função do AT passou a ser discutida no seio das equipes, e o processo de profissionalização, mesmo que polêmico entre seus praticantes, veio à tona rapidamente. Mediante o intercâmbio das clínicas e a ampliação das demandas profissionais, Pulice (2012b) indica que a mudança de paradigma proporcionou uma nova significação da loucura e o revigorar de expectativas para seu tratamento e o de outras áreas clínicas, agora encampadas pela saúde mental:

O *saber* da psiquiatria deixa de ser a ferramenta exclusiva para o tratamento das enfermidades mentais, passando a compartilhar esse terreno com *outros saberes* que começavam a dar mostras de oferecer aportes importantes –às vezes decisivos – no desenvolvimento de novas estratégias clínicas que essa mesma busca levava a implementar² (p. 340, tradução livre).

VERSÕES SOBRE O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Os movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo Ocidental, que colocavam em questão a função do hospital psiquiátrico como ponto central do tratamento médico da loucura, proporcionaram outros fazeres no campo da saúde

mental em diversas partes do mundo. A atenção passou a ser dada em conexões da rede sócio-sanitária com outras áreas: a cultura, o lazer, a moradia, a família e o trabalho, todas entendidas como centrais na construção da cidadania do louco. Atores múltiplos, trabalhos em rede e trabalhadores com funções híbridas e diversificadas entraram em cena na construção dessa nova direção. Com foco na temática do AT e nas ações territoriais em diversos países, vislumbra-se o surgimento de agentes de intervenção na assistência psiquiátrica que funcionaram como suporte e, ao mesmo tempo, como atuantes conectores nas ações dos serviços de saúde mental. Eles eram basicamente trabalhadores que não tinham atuação estática, de gabinete ou consultório, mas que se encontravam em constante movimentação, conectados com a equipe e em contato com o lado de lá dos muros psiquiátricos. Silva (2005) via assim o AT:

Uma estratégia que divulgaria a falência das estruturas manicomiais e mostraria que o espaço urbano, a vida cotidiana tem efeitos importantes na produção subjetiva de outras realidades. Aqui estaria o “embrião” da *clínica* do AT: a “rua” como *dispositivo* produtor da diferença, de vida, de subjetivações várias. (p. 41)

Algumas experiências alternativas e singulares ao modelo hegemônico de tratamento psiquiátrico podem ser referenciadas como movimentos que anteviam as ações do AT. E, por que não, podem ser consideradas como ancestrais desta prática. Carvalho (2004) relata que o psiquiatra francês Eugene Minkowsky, no início do século XX, esteve durante dois meses ininterruptamente na casa de um de seus pacientes. Ele deixou de ter “atitude profissional” durante todo o tempo para observar intensivamente seu paciente, assim como a si mesmo. Tal experiência indica que o psiquiatra objetivava verificar de forma ativa acontecimentos que iriam além da classificação e do exercício da clínica formal e reconhecida. Noutra passagem citada pela autora, a terapeuta suíça Secheyay, nos anos de 1930, acolheu em sua casa, como membro de sua própria família, uma paciente que necessitava de cuidados extremos. Contava com uma enfermeira, que ela mesma instruiu, para os momentos que precisava se ausentar. Ou seja, um acompanhamento intensivo a alguém que não se adaptava nem mesmo razoavelmente ao estilo de tratamento convencional e que, pela aposta da terapeuta, poderia alcançar algo mais interessante em relação ao processo clínico. Cita-se ainda a indicação de Methol (2015) e Silva (2005) de que nos Estados Unidos, logo após o final da Segunda Guerra, equipes de acompanhamento a pacientes que sofreram com as mazelas da guerra, especial-

mente por severos transtornos mentais, assistiam tais pessoas, sendo muito positiva sua prática na recuperação delas, por conter o acompanhamento a estes pacientes técnicas não intrusivas e nem invasivas, julgadas essenciais para a evolução desses tratamentos.

Estes exemplos esparsos, mesmo não tendo como referência os movimentos reformistas citados oriundos no pós-guerra, indicam ações de contraposição e também de prática alternativa ao modelo hegemônico da psiquiatria, que está em sintonia com a fundamentação da prática do AT.

Sobre a origem da prática do que se denomina hoje AT, há evidências de práticas simultâneas de acompanhamentos que faziam da rua e do domicílio dos pacientes seu *setting* de trabalho. Mesmo não tendo ainda um extenso material sobre pesquisas no campo de atuação do AT, verifica-se que na maioria das pesquisas a experiência argentina é destacada, mesmo que de forma breve, como pioneira. Silva (2005) e Reis (1995) indicam que os movimentos reformistas citados neste texto são a base do processo de evolução da prática do AT, tanto na Argentina como no Brasil, especialmente as experiências das comunidades terapêuticas, da antipsiquiatria e a influência da psicanálise. De fato, a difusão dos trabalhos realizados pelas Comunidades Terapêuticas inglesas teve grande repercussão na Europa e nas Américas, influenciando práticas

similares e alternativas em saúde mental no âmbito tanto público quanto privado.

Pulice (2012b) indica que as primeiras experiências argentinas surgidas na década de 1950 tratam de formas diferenciadas de atendimento em hospitais gerais e psiquiátricos priorizando a integração dos trabalhadores de várias áreas vinculadas ao serviço psiquiátrico: uma assistência pública com alcance comunitário e com o claro intuito de quebrar a posição hospitalocêntrica de então. O modelo de Hospital-Dia foi adotado, colocando ainda mais em evidência as práticas coletivas vislumbradas pelas comunidades terapêuticas. O autor enfatiza a experiência de Lanús, em 1956, para acentuar a transformação da abordagem naquele país, pondo em evidência o trabalho de direção do psiquiatra Mauricio Goldenberg.

Destaca-se neste trabalho a articulação do hospital geral com a comunidade, lançando seus “braços” no território por meio da “patrulla”, comandada por Valentín Barenblit, que fazia consultas domiciliares, realizava ações em zonas vulneráveis de bairros marginais da cidade e capacitava moradores para atuarem como promotores de saúde. Caracterizava-se como um movimento ao mesmo tempo criativo e desordenado, descentralizado e estruturado a partir de movimentos-acontecimentos e demandas sociais. Pode-se inferir a partir das considerações de Pulice que desta prática inventiva agenciada pelas

equipes de Goldenberg foi concebida a forma itinerante de se fazer clínica, onde estão de fato os problemas a serem enfrentados. Enfim, uma transformação paradigmática do modelo de assistir os casos que não chegam às instituições ou que são complexos demais para o aparato clínico convencional estático e seletivo.

Um dos desdobramentos dessa práxis, certamente, foi a consolidação do AT, com formas e nomes diversificados, como alternativa à composição das equipes de assistência psiquiátrica em contraposição ao modelo anterior. Isso não significa que em outros lugares, sob a mesma influência da Comunidade Terapêutica inglesa ou da Psiquiatria Preventiva Comunitária norte-americana, não eram encontrados tipos originais de clínicas ou que todas as outras práxis descendiam do que se está considerando aqui como a origem do AT. Seria uma afirmação apressada, conforme indica Silva (2005). O que é certo afirmar é que o AT derivou deste modelo em movimento, flexível, que contestava o isolamento e a violência institucional como algo a ser eliminado ou, no mínimo, repensado enquanto prática.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E SUAS CLÍNICAS NA ARGENTINA E NO BRASIL

O surgimento da clínica do AT geralmente é considerado em diversas pesquisas sobre o tema,

citadas aqui, como de procedência Argentina, em função dos fatores históricos citados anteriormente. Reis (1995) considera esta hipótese do “fator argentino” em sua pesquisa, destacando que ela foi transposta do âmbito público ao privado naquele país e proliferou nacionalmente, com inspiração na psicanálise. O autor indica, ainda, que houve uma migração dessa prática ao Brasil ainda em 1960. Pulice acrescenta que o motivo de o AT na Argentina ter passado do público ao privado foi em função da crise que se instaurou no país, especialmente no período da ditadura militar. Neste processo de origem do AT, percebe-se que esta nova figura na assistência psiquiátrica permaneceu algum tempo sem nome ou com muitas denominações (Pulice, 2012b):

Isso permite entender a multiplicidade de versões que se podem escutar sobre sua criação e surgimento, assim como a dificuldade com que nos encontramos no início de nossa experiência para estabelecer um marco conceitual próprio e distinto³ (p. 343, tradução livre).

De outro lado, Silva (2005) indica que em Porto Alegre, em 1960, o psiquiatra Marcelo Blaya implantou um modelo de trabalho inovador no campo psiquiátrico. Faz-se necessário ressaltar que Blaya teve sua formação nos Estados Unidos e que seu trabalho era pautado por reuniões com a

comunidade, grupos operativos e trabalho em equipe, dentre outros procedimentos que determinam uma influência dos modelos ingleses e norte-americanos de então, e não da prática argentina diretamente, pelo menos até onde indicam as referências encontradas sobre seu trabalho. Blaya trabalhava com a figura do “atendente grude”, um tipo de agente que ficava com os pacientes nas ruas em situação de alto risco, como potenciais suicidas ou estados agressivos de comportamento. O “atendente grude” seria uma aposta na conduta clínica que evitaria internações hospitalares e proporcionaria aos pacientes outros modos de assistência (Silva, 2005; Cabral, 2005). Para Silva (2005) a questão de apontar onde “nasceu” de fato o AT é uma questão secundária, pois o que se concebe hoje como at (acompanhante terapêutico) advém da formação de um profissional híbrido, que passou por várias composições e momentos históricos singulares.

Acompanhando Pulice (2012a), pode-se dizer que a década de 1960 consolida a prática do AT no Brasil e na Argentina, por meio de intercâmbios de psiquiatras e psicanalistas entre Buenos Aires e Porto Alegre (RS) e, posteriormente, Rio de Janeiro e São Paulo. Foram desenvolvidos fazeres similares e sempre em mutação com os atendentes psiquiátricos, que, com nomes e práticas híbridas, compuseram este importante ator nos movimentos de Reforma citados.

A Clínica Pinel de Porto Alegre, de cunho privado, foi a pioneira no Brasil em que os atendentes, sem formação prévia na academia, desenvolviam seu trabalho por meio da circulação pela cidade e do estabelecimento de vínculos com os pacientes acompanhados. Menos conhecimento e mais disponibilidade para o convívio, de certa maneira informal, embora com regras definidas pela equipe interdisciplinar, era a palavra de ordem. O atendente psiquiátrico não fazia parte da equipe institucional, mas representava um elo potente e promissor no caminho do tratamento psiquiátrico de então. Sem *status* profissional, personificava o emblema fundamental da contracultura presente nas comunidades terapêuticas, qual seja, o de questionar as identidades profissionais e, conseqüentemente, as estruturas sociais existentes no manicômio. Se, de um lado, este fato se colocava como positivo no processo de mudança paradigmática da reforma psiquiátrica, de outro, indicava a indeterminação do acompanhante como um problema profissional, que mais tarde ganhou fervorosas discussões sobre o fazer do at (Cabral, 2005; Reis, 1995). Entretanto, esta discussão mais aprofundada não será desenvolvida aqui, tendo em vista nosso breve enfoque no histórico originário do AT⁴.

No Rio de Janeiro, no final dos anos de 1960, na da clínica privada de Villa Pinheiros, verificou-se uma experiência singular, moldada pelos

referenciais das comunidades terapêuticas. Partindo da influência das experiências de Buenos Aires e Porto Alegre, a Villa Pinheiros evidenciou uma clara mudança nas funções do atendente, agora denominado auxiliar psiquiátrico, em relação ao referencial clínico e teórico. Com forte inclinação ao modelo psicanalítico, os auxiliares deveriam estar em análise pessoal e a participação em supervisões era obrigatória. Estes profissionais passaram a lutar pela autonomia do seu exercício profissional, reivindicando estatuto clínico próprio e o reconhecimento de suas atividades pela equipe de trabalho (Reis, 1995). Segundo Cabral (2005) houve um avanço significativo na função do auxiliar psiquiátrico quando a função de ouvir foi incorporada às suas atividades. Segundo a autora, a fundadora da clínica carioca Carmem Dametto, formada pela Pinel de Porto Alegre, propôs uma nova forma de olhar o sujeito, em que o ato de ouvir induz à necessidade de ater-se à pessoa que ali está, e com seu sofrimento, demandou a inversão do falar do sintoma pelo profissional (geralmente o médico) para ser ouvida em seu padecimento (agora pelo at). A proposta indicada era

transformadora, pois assegura que o doente é um sujeito que tem algo a dizer sobre si, a respeito de histórias que viveu, até mesmo sobre suas alucinações e sua doença, o que precisa ser ouvido pelo

profissional que se dispõe a trabalhar com ele, bem como pelo mundo que o cerca (Cabral, 2005, p. 28).

Ibrahim (1991) relata que os auxiliares psiquiátricos transcenderam a proposta inicial baseada no tripé proteção-vigilância-contenção para atividades mais complexas e que impactavam diretamente na reintegração do indivíduo nas atividades sociais.

A equipe de Auxiliares Psiquiátricos participava plenamente de todo o cotidiano dos pacientes. Encarregavam-se os auxiliares de coordenar, junto com os praxiterapeutas, comissões de pacientes para a realização de festas, atividades esportivas, jogos diversos, teatro, jornal, etc. Esse dinamismo das atividades diárias era altamente estimulado para restabelecer a iniciativa e a capacidade de realização que se mostravam embotadas pelo adoecimento (Ibrahim, 1991, p. 44).

Com o fechamento da Villa Pinheiros, em 1976, e a deflagração da crise denominada por Ibrahim como “retrocesso do no tratamento psiquiátrico institucionalizado no Brasil” (Ibrahim, 1991, p.45), os auxiliares psiquiátricos, agora com trabalhos “particulares”, passaram a fazer parte do cotidiano dos pacientes e para além dos muros institucionais. Eles são agora, sozinhos, a própria

instituição. Houve a necessidade de uma gradual qualificação do auxiliar, para responder às demandas que se impunham, com grande influência de Ronald Laing e do movimento de terapia familiar norte-americano (Ibrahim, 1991). A família como um todo se configurava como o cenário de atuação desse profissional, e este, um articulador de suas tramas. Mais ainda, o auxiliar passou a integrar a “família terapêutica” com a “família paciente” e adquiriu um *status* profissional e formação consistente e diferenciada. Dessa forma, e em definitivo, passou a pensar e aperfeiçoar seu trabalho com influência de muitas áreas. Todavia, como uma prática que conquistou efetivamente seu lugar no âmbito da saúde mental (Ibrahim, 1991) e que, mais tarde, ampliaria ainda mais seu espaço de atuação, com outros nomes e fazeres.

Para Pulice (2012a), o surgimento do AT tal como é hoje conhecido também aconteceu na Argentina, como uma forma de “subverter os lineamentos então imperantes” do modelo manicomial. Desde o pós-guerra, algumas experiências inovadoras em hospitais psiquiátricos foram realizadas em terras portenhas e ganharam fôlego na década de 1960. Pulice (2012a) indica que existem registros de âmbito regulatório datados do final dos anos de 1970 que tentam delimitar as ações de acompanhantes com pacientes psicóticos em hospitais psiquiátricos argentinos. Todavia, é a experiência do Centro de Estudos e Tratamento de

Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP) que abordou de forma sistemática a ação dos acompanhantes na equipe da referida clínica.

Segundo Reis (1995), o CETAMP foi idealizado pelo psiquiatra Eduardo Kalina, ainda no final dos anos de 1960, e tomou grande impulso nos primeiros anos da década seguinte. Com orientação psicanalítica e de caráter privado, o grupo interdisciplinar de Kalina tinha como proposta ajustar a própria prática psicanalítica aos casos de pacientes não adaptados ou resistentes aos tratamentos convencionais. O psiquiatra partia do pressuposto de que, mesmo sendo alguns pacientes acompanhados fora do âmbito clínico psiquiátrico, as práticas psicanalíticas realizadas pelas equipes ainda eram insuficientes para dar conta de casos mais delicados.

O CETAMP, que não mantinha rigorosamente um elo com as instituições públicas psiquiátricas, tinha como proposta primordial acompanhar pacientes em seu cotidiano, auxiliar em ações práticas de sua vida e dar suporte aos aspectos sócio-familiares vividos pelos pacientes. Em síntese, o grande objetivo era criar “novos ambientes terapêuticos” e, não obstante, fornecer dados favoráveis à equipe para dinamizar as ações em torno do tratamento. A figura do acompanhante ganhou destaque neste trabalho em função de o acompanhamento fora da instituição se fazer como uma ferramenta inovadora e capaz de trazer

novos ingredientes para o cuidado de pacientes psicóticos. Concorda-se aqui com a afirmativa de que este acompanhante seria um “pesquisador de campo” (Mauer & Resnizky, 1987; Reis, 1995).

Inicialmente, os acompanhantes receberam o nome de “amigo qualificado”. Como indica Reis (1995), esta era uma forma de questionar os moldes tradicionais hierarquizados da psiquiatria. Em sintonia com as comunidades terapêuticas, deveria haver uma mudança no *status* tanto do paciente quanto dos envolvidos no tratamento. Ou seja, pensar mais nos efeitos do cuidado e em uma dimensão tanto social quanto política. A técnica terapêutica era colocada como “menor” em relação ao campo de intervenção do acompanhante. Reis (1995) indica ainda a inexistência de relatos nos textos da Psiquiatria Social inglesa e das Comunidades Terapêuticas acerca de delineamentos da função do acompanhante em tais experiências. Da mesma forma, a Psiquiatria Democrática italiana não aborda essa função aqui discutida, embora tenha na figura do voluntário/estagiário dos serviços e dos operadores sócio-sanitários um trabalho condizente com o desempenhado pelo AT (Bueno, 2011; 2016). O at, dessa maneira, não faz parte do *staff* clínico ao qual pertence o paciente, mas está envolvido nos trabalhos da equipe, sendo uma espécie de extensão da instituição que pretende se estruturar enquanto rede.

Mauer e Resnizky (1987) escreveram o

primeiro livro que aborda o trabalho e as funções do AT. Neste texto pioneiro, as autoras discorrem sobre a origem do trabalho feito no CETAMP e as instâncias normativas dos acompanhantes de pacientes psicóticos. Indicam ainda, a mudança do nome de “amigo qualificado” para “acompanhante terapêutico”. Como prática, esses profissionais passaram a receber a denominação de amigo qualificado porque estavam estritamente ligados aos pacientes. Assim, o trabalho desse acompanhante remete a um período em que as atividades fora dos hospitais estavam mais numerosas, respaldando o momento de eminente reforma por que passavam diversos países. Os profissionais eram considerados amigos pela companhia e qualificado pela importância da ação que lhes era conferida. Todavia, Mauer e Resnizky (1987) caracterizam o termo *amigo* como inapropriado, por atribuir um caráter amistoso e informal ao trabalho em questão. Para as argentinas, era preciso aprofundar a discussão e a prática do amigo qualificado, o que levou à mudança para o termo AT. Baremlitt (1997) atenta para o fato de que talvez essa mudança tenha descaracterizado o fazer de uma prática que tinha como inovação exatamente a não especialidade do acompanhante, criticando o discurso científico ensejado pela nova modalidade com novo nome. Araújo (2006) e Barretto (2005) convergem nesse ponto, incluindo a amizade como um importante e fundamental quesito na

arte dos acompanhantes, aspecto sobre o qual as precursoras argentinas não se detêm. Os autores ponderam que, por ser o primeiro registro formal da prática com a exigência de uma forte teorização e/ou pela influência da clínica psicanalítica, o AT, mesmo ocorrendo em um *setting* aberto, acontecendo na rua, passou a fazer parte de um dispositivo clínico muito próximo da prática freudiana. Na opinião dos autores, este fato fez com que o AT perdesse seu potencial de acontecimento inovador. Ele agora é parte integrante da equipe interdisciplinar, o que indica um processo de profissionalização do AT, pelo menos no que se refere a sua atuação na Argentina e, mais recentemente, em outros países, o que será abordado a seguir.

Reis (1995) considera que os escritos de Mauer e Resnizky remetem a instruções sobre a função do AT, mas sem conseguir delinear de forma clara a técnica ou o modo de ação do AT. Mesmo indicando que não cabe uma crítica sistematizada à proposta das argentinas, especialmente pelo pioneirismo da obra, o autor sugere que a tentativa das autoras se mostra ambígua em vários pontos e complexa em sua articulação com a prática. Questiona Reis (1995):

Até que ponto esta articulação do que fazem os acompanhantes à teoria psicanalítica não estaria entrando numa linha de choque com o contexto em que surgiu a prática do acompanhamento; isto

não estaria servindo a um retorno, sutil, do “tecnicismo”, em detrimento do enfoque centrado nos aspectos políticos e sociais na etiologia da “doença mental”? (p. 133).

O autor, ainda, sugere que essa nova identidade do AT poderia levar a equipe a grandes desavenças na condução dos casos, pois agora o at atua clinicamente e tem um “saber” e um repertório técnico próprio. O que antes era reforçado por um “não-saber” do acompanhante, um estar com o paciente em seu cotidiano, agora adquire contornos clínicos pinçados na psicanálise que, muitas vezes, podem chocar-se com a demanda do próprio psiquiatra ou psicanalista quando solicitam um trabalho de AT. Entra-se assim na polêmica levantada por alguns autores sobre o “saber menor” do AT. Ou, ainda, se o estatuto profissional daria mais potência e mais resultados ao trabalho do AT. Mas tais questões ficam apenas como reflexão nessas linhas, pois transcendem o objetivo desse trabalho.

Cabe ressaltar aqui que as transformações sofridas pela prática antes desenvolvida pelos atendentes ou auxiliares psiquiátricos acabam por ganhar outros nomes (AT) e ampliar sua atividade. Como AT, o profissional está “entre lugares” e se diferencia dos demais atores das equipes pelo fato de exercer uma função e não uma técnica específica. Para Chaui-Berlinck (2012), “o AT ganha, hoje, uma determinação: é uma determinada função

que certas pessoas praticam. A questão é que essa função é indeterminada e, portanto, indetermina-se o AT no momento em que ele parece estar sendo determinado” (p. 153).

Desde os primórdios do AT, o *vínculo* com o acompanhado passou a ser uma importante característica do trabalho dos acompanhantes (Araújo, 2006; Barretto, 2005; Chaui-Berlinck, 2012; Mendelstein, 2012). Nesta clínica do cotidiano (Mendonça, 2017) nada mais necessário e salutar que o estabelecimento de vínculos e o peripatetear (França, 2018; Lancetti, 2016), por intermédio dele, pelas ruas da clínica a céu aberto (Palombini, 2007).

A PROFISSIONALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Pulice (2012a) afirma que no momento em que a expansão das atividades do AT era evidente, a instabilidade política e a mudança de rumos após o início da ditadura militar na Argentina fez com que o trabalho até então articulado dos serviços psiquiátricos se desfizesse, impondo a fuga e o exílio de muitos expoentes da mudança no campo da saúde mental que ocorria naquele país. As práticas inovadoras feitas pela rede assistencial pública e privada argentina passaram a ser consideradas como “subversivas”. Restaram serviços fragmentados e com evidências de retrocesso na assistência em saúde mental no país. Os pacientes

voltaram maciçamente aos manicômios e os trabalhos realizados no exterior das instituições praticamente se resumiam a ações no âmbito privado. Os trabalhadores que antes estavam engajados em trabalhos interdisciplinares e com a participação efetiva do AT nos planos de ações das equipes, passaram a atuar em países diversos, especialmente na América Latina, como Brasil, Peru, México, Chile, Colômbia, Uruguai e Venezuela. A Espanha também recebeu um contingente importante de pessoas que trabalhavam com AT. Ali, assim como nos países citados, começou um processo de difusão da referida prática.

Somente após a queda do regime militar é que os argentinos puderam retomar a prática e sua expansão nos meios acadêmicos e de assistência em saúde mental. Para Pulice (2012a), havia chegado o momento de reverter o estrago que a ditadura argentina havia provocado:

seria necessário avançar, em primeiro lugar, na produção de uma articulação teórico-clínica que tornasse possível estabelecer, de algum modo, as coordenadas desse trabalho dos acompanhantes terapêuticos, que, apesar de tudo, demonstrava ter uma potencialidade e uma eficácia muito forte no tratamento de uma grande quantidade de pacientes, incluindo aqueles que arrastavam, por anos, o rótulo de *inabordáveis* ou *irrecuperáveis*. (p. 26).

Em diversos congressos nacionais e internacionais, a discussão sobre a prática e a técnica do AT foram novamente expandidas e os profissionais ligados a elas puderam alargar e discutir suas experiências e dificuldades coletivamente. Havia a clara intenção de articular a prática do AT aos pares que trabalhavam nas universidades e nas coordenações dos serviços públicos e privados. Pulice (2012b) aborda a expansão da formação profissional em diversos países da América Latina, incluindo cursos técnicos oferecidos em universidades e diversas capacitações relacionadas ao tema. O autor afirma que em 2001 várias destas iniciativas foram reveladas em um congresso na Argentina. Os cursos oferecidos neste país tem o reconhecimento legal e o profissional formado tem como legalizada sua prática. O AT sai do nível informal ou pré-profissional para exercer de fato a função profissional. No âmbito educacional, disciplinas sobre o AT foram incluídas nas matrizes curriculares de alguns cursos de psicologia argentinos, incluindo estágios e supervisões. Por fim, além da criação da Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA), em 2003, foram abertas vagas para trabalhos na especialidade de AT tanto em instâncias da saúde mental quanto no campo jurídico. Isso quer dizer que o profissional com formação em AT é reconhecido na Argentina em termos laborais, tendo vagas de trabalho demandadas pelas instâncias públicas da

saúde e do âmbito jurídico. Muitos profissionais atuam de forma regular em programas de saúde públicos (saúde mental e hospital dia, hospital de oncologia, hospital infantojuvenil), de assistência jurídica a crianças e adolescentes subordinadas ao Poder Judiciário e, ainda, em programas da área de Promoção Social argentina, que lida com crianças e adolescentes em situação de rua e outras vulnerabilidades.

Sobre a equivalência desses cursos oferecidos em universidades, eles parecem corresponder ao que se tem no Brasil como tecnólogo, com a formação mínima de dois anos e meio no ensino superior. Ao que indica Pulice (2012a, 2012b) e Hermann (2012) alguns países, como México, Espanha e Uruguai, pautados no modelo argentino, iniciaram seu processo de profissionalização do AT por meio de eventos profissionais e universitários, formação de associações de AT e discussões envolvendo o Judiciário para inserir o trabalho do AT em diversos serviços públicos, como os já citados que ocorrem na Argentina.

Na Espanha, a prática do AT tem suas origens ainda na década de 1980, com práticas isoladas de alguns argentinos na rede privada de algumas cidades, como Barcelona e Madri. Em Barcelona, nesta década, foi criada a primeira equipe de acompanhantes terapêuticos, a *Camins*, que se tornou a primeira referência da área em território espanhol (Mendelstein, 2012). Na década se-

guinte, surgiram outras associações de acompanhantes terapêuticos em Zaragoza, Madri e Barcelona, calcadas em práticas de argentinos e brasileiros, além de espanhóis que se inspiravam na prática do AT trazida pelos representantes desses países e que há décadas trabalhavam em instituições públicas e privadas como at.

Como aconteceu no Brasil e na Argentina, muitos congressos e discussões foram realizados na década de 1990 com o intuito de expandir a atividade do AT na Espanha, além da aproximação com a universidade e entidades públicas e privadas do campo da saúde mental e serviço social. Em 2004, a Agência Antidroga criou o primeiro serviço de AT, tendo reconhecimento formal e institucional deste trabalho em todo o país. Em 2005, a mesma agência patrocinou os primeiros cursos oficiais sobre o tema, em que a equipe de AT de Mendelstein consolidou importantes acordos com entes da saúde pública e serviço social de Madri para que acompanhamentos fossem realizados tanto nos serviços de saúde mental quanto na assistência a pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (Mendelstein, 2012).

É possível verificar na Espanha um processo de transformação e evolução das atividades do AT muito próximo ao que aconteceu na Argentina, porém muito recente e, ao mesmo tempo, com rápida expansão. Mendelstein (2012) destaca que as intervenções reconhecidas feitas pelo AT, de

modo geral, estão nos hospitais, no setor educativo (colégios, institutos e centros de educação especial), no âmbito judicial (pessoas tuteladas, menores com causas judiciais, etc.) e no sistema penitenciário.

Portela (2012) afirma que no Uruguai a prática do AT é bastante recente. Como dito, sob a influência do modelo argentino, foi formada uma associação de acompanhantes terapêuticos em 2011, assim como um movimento de inserção da prática deste profissional tanto no sistema público quanto no privado.

Desde 2008 é ofertado em universidades uruguaias um curso técnico em AT reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura. Junto ao curso de psicologia, o técnico em AT tem supervisões e estágios que compõem a formação das turmas. Em 2011, incluiu-se no Sistema Nacional Integrado de Saúde uruguaio a inclusão da saúde mental no campo de assistência à saúde e, com ela, o AT como recurso terapêutico adicional. Após grande esforço dos profissionais que praticavam o AT para diferenciarem-se dos “acompanhantes de enfermos”, para os quais não se que não exigia nenhuma formação ou prática em saúde mental, o AT passou a desempenhar importante recurso legal alternativo na área da saúde mental, incluindo internações domiciliares que prescindem de instituições psiquiátricas e reduzem o custo deste processo.

O AT passou a ser reconhecido como um agente de saúde legitimado pelo Ministério de Saúde Pública uruguaio (Methol, 2015; Portela, 2012).

Em relação às atividades do AT no México, Terríquez (2013) indica que a prática neste país pode ser verificada no âmbito privado em alguns hospitais psiquiátricos já há algum tempo, sem especificar quando. Entretanto, recentemente o AT vem sendo difundido nos meios acadêmicos, como na Faculdade de Psicologia da Universidade Autônoma de Querétaro e em congressos nacionais sobre a prática e o alcance do trabalho dos ATs na lida com pacientes que tenham severos transtornos psíquicos. Os artigos e as experiências que abordam o AT em terras mexicanas têm orientação psicanalítica, o que demonstra a influência majoritária dos argentinos por lá.

Nos outros países citados, como Chile, Peru, Colômbia e Venezuela, a prática do AT parece ainda ser de cunho mais informal, com experiências mais isoladas, pouco difundidas no sistema assistencial sanitário. Em nenhum livro e artigo sobre AT pesquisados que tratam de experiências do AT em diversos âmbitos foram localizadas referências da prática nestes países. Entretanto, pessoas interessadas neste modo de abordagem da loucura demonstram interesse cada vez mais acentuado. Pode-se, por isso, supor a expansão e o conhecimento acerca do AT nos países citados tendo em vista a participação de seus trabalhadores e estu-

dantes em congressos internacionais da área. Em pesquisa informal nos mecanismos de busca na internet, verificam-se ofertas de cursos de formação em AT em algumas universidades, mas não como técnico. Eles apresentam o formato de capacitação e/ou curso “livre”, ou seja, cursos sem o reconhecimento de entes nacionais de educação. De qualquer modo, essa difusão indica a expansão das atividades do AT nestes países sul-americanos, diferentemente do que ocorre na Europa, por exemplo, em que a atividade não tem qualquer reconhecimento legal, excetuando a Espanha, como indicado.

Em relação à prática do AT no Brasil atualmente, têm-se posições diversas. Alguns AT apresentam argumentações favoráveis à profissionalização do AT e a sua entrada definitiva e oficializada no sistema público. Outros defendem a pluralidade do AT para uma composição mais ampla, flexível, pensando “o AT como uma função que circula entre os profissionais da saúde” (Hermann, 2012, p. 32).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, reitera-se que não se pretende aprofundar nesta pesquisa a função e o enquadre que o AT em si pode ter, onde tem sido praticado e qual a maior ou menor complexidade de trabalho exercida pelos AT no Brasil e no mundo. Deixam-se

as referências como pistas. Será preciso caminhar muito ainda para concluirmos esse debate, se é que isso se conclui! Por ora, debruça-se aqui exatamente sobre a possibilidade de transformação advinda do AT e os resultados ou (novos-velhos) caminhos que este processo pode causar nas práticas desinstitucionalizantes.

Meu percurso enquanto trabalhador e pesquisador no campo da saúde mental indica literalmente essa desterritorialização, para caracterizá-la em termos deleuze-guattarianos, no AT. Uma *dessubjetivação* propriamente dita deste técnico ou profissional, para o exercício nômade de uma prática sempre em movimento e pautada pela ética da desinstitucionalização. Pode-se inferir que, desde sua gênese, o AT percorre caminhos marginais, não institucionalizados, não “especialísticos”, forjando caminhos que se fazem por desvios, pela circulação no território, nos locais onde as pessoas vivem, fazem laços sociais e afetivos, se encontram e se desencontram. Para ir de encontro aos muros manicomiais que transcendem a estrutura física, o AT funciona como um conector de redes, de lugares possíveis e não explorados, fazendo funcionar as vozes de direitos cidadãos aos “desadaptados” do sistema social.

A prática instituinte desses profissionais evoca um *devoir-nômade no AT*, que nunca cessa, pois se isso ocorrer sua itinerância-potência perde o sentido e ele se torna novamente operador téc-

nico de um saber especializado, estático, esvaziado e incapaz de percorrer outros caminhos além daqueles já demasiadamente pisoteados pela clínica instituída e médico-centrada.

As metamorfoses clínicas ensejadas pela prática do AT nos indicam possibilidades de expansão de vidas para além da institucionalização comum em diversas realidades de assistência às pessoas em existência sofrimento. Sua profissionalização segue essa via de diversidade, de adaptação às realidades dos territórios onde acontecem. E isso não poderia ser diferente. Historicamente com várias designações, o AT continua hoje infiltrando em campos diversos para além da loucura e das pessoas encarceradas institucionalmente, para abrir outros territórios de vida na cidade, indicando que uma clínica a céu aberto, territorial, é possível.

REFERENCES

Amarante, P. (2007). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.

Amarante, P. (org.). (2015). **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni.

Araújo, F. (2006). **Um passeio esquizo pelo**

acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade. Niterói, RJ: Fábio Araújo.

Baremlitt, G. (1997). Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico** (pp. 177-182). São Paulo: EDUC.

Barretto, K.D. (2005). **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: UNIMARCO.

Bueno, R.C. (2011). **O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na Psiquiatria Democratica Italiana vistos por um brasileiro**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Bueno, R.C.; PASSOS, I.C.F. (2016). O Acompanhamento Terapêutico, o território e a amizade: caminhos entre as clínicas da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health**, ##plugins.citationFormat.abnt.location##, 8, nov. 2016. Recuperado a partir de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3463/4666>.

Cabral, K.V. (2005). **Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o setting**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Carvalho, S.S. (2004). Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa? São Paulo: Annablume.

Chaui-Berlinck, L. (2012). **Novos andarilhos do bem: caminhos do acompanhamento terapêutico**. Belo Horizonte: Autêntica.

França, D. (2018). **Terapia peripatética de grupo: considerações**. Curitiba: Appris.

Hermann, M.C. (2012). Introdução do capítulo 2 para a edição brasileira. Algumas reflexões sobre a inserção do AT no sistema de saúde mental, sua responsabilidade profissional. (Cap.2 pp.31-54). In Pulice, G.O. **Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Zagodoni.

Ibrahim, C. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia a casa. (1991) **A rua como espaço clínico** (pp. 43-49). São Paulo: Escuta.

Lancetti, A. (2016). **Clínica Peripatética**. Coleção Políticas do Desejo São Paulo: Hucitec.

Mauer, S.K. & Resnizky, S. (1987). **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. Campinas: Papirus.

Mendonça, L. D. (2017). **Acompanhamento Terapêutico e clínica do cotidiano**. São Paulo: Agente Publicações.

Mendelstein, A.C. (org.) (2012) **Acompañamiento terapéutico en España**. Madrid: Editorial Grupo 5.

Methol, S. B. (2015). **El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de atención psicosocial en salud mental**. Trabajo Final de Grado. Universidad de La República, Uruguay. Montevideo. Recuperado a partir de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/6330>.

Palombini, A.L. (2007). **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Passos, I. C. F. (2009). **Reforma psiquiátrica**. As experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Portela, M. (2012). El AT, el arte de contemplar. In Silva, A.S.T. E-book AT: **Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico**. (pp. 38-53). Porto Alegre: Edição do autor.

Pulice, G.O. (2012a). **Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Zago-doni.

Pulice, G. O. (2012b). Acerca de la especificidad del acompañamiento terapéutico. In Mendelstein, A.C. (org.). **Acompañamiento terapéutico en España** (pp. 337-359). Madrid: Editorial Grupo 5.

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

Silva, A.S.T. (2005). **A emergência do Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Terríquez, M. A. M. (2013). El Acompañamiento Terapéutico con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 16(4). México. Recuperado a partir de <https://www.semanticscholar.org/paper/EL-ACOMPA%3%91AMIIENTO-TERAP%3%89UTICO-CON-ORIENTACI%3%93N-Y-LA-Terr%3%ADquez-Ant%3%B4nio/066a89040bf03303a215436a80c959750877d5c2>.

NOTES

¹Faço a ressalva, concordando com Amarante (2007; 2015), de que usamos indiscriminadamente o termo *Reforma Psiquiátrica*. Todavia, o autor faz uma importante divisão entre os movimentos que “reformaram” o sistema de assistência psiquiátrica em seu país (e influenciaram outros países) e os movimentos que “romperam” com o paradigma vigente, hospitalocêntrico. De forma breve, comentaremos esses modelos, destacando que os modelos de ruptura são o de tradição basagliana e o antipsiquiátrico.

²Do original: “El *saber* de la psiquiatría deja de ser entonces la herramienta exclusiva para el trata-

miento de las enfermedades mentales, pasando a compartir ese terreno con aquellos *otros saberes* que empezaban a dar muestras de ofrecer aportes importantes – a veces decisivos – en el desarrollo de las nuevas estrategias clínicas que esa misma búsqueda llevaba a implementar” (Pulice, 2012b, p. 340).

³Do original: “Esto permite entender la multiplicidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo” (Pulice, 2012b, p. 343).

⁴Reis Neto (1995), Silva (2005) e Chauí-Berlinck (2012) fazem uma discussão detalhada sobre a questão da indeterminação profissional do AT. Os autores indicam que, do momento originário ao que é feito hoje como prática do AT, diversos ingredientes foram adicionados ao fazer do AT, e hoje temos uma clínica independente da estrutura institucional e que abre portas para uma prática clínica inovadora e em constante formação.