



O ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO COMO AGENTE NO TERRITÓRIO DO CUIDADO EM LIBERDADE¹

*The therapeutic companion as an agent
in the territory for care in freedom*

*El acompañante terapéutico como agente territorial
para un cuidado en libertad*



Sara Letícia Bessa Souza  



Camila Rosa Santos Souza  



Jacinta Fatima Sena da Silva  

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de inteligência artificial para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Este ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre o Acompanhamento Terapêutico como agenciador no território para o cuidado em liberdade, à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira. A partir de uma abordagem qualitativa e de uma revisão da literatura nos campos da Psicologia Clínica, Saúde Coletiva e Acompanhamento Terapêutico, o estudo percorre o histórico, desde suas origens nos movimentos reformistas até sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados mostram que a abordagem do acompanhante terapêutico se alinha ao modelo de reabilitação psicossocial e ao paradigma do Recovery, pois enfatiza o protagonismo do usuário e sua construção de vida nas dimensões de sentido de território. No entanto, evidenciamos na literatura desafios como a precarização do trabalho e a inserção ainda incipiente nos dispositivos da rede de cuidado. Finalizamos refletindo que o trabalho do acompanhante terapêutico pode fortalecer o cuidado em liberdade, como um agenciador de mediações com o as representações territoriais, mas que ainda merece de regulamentações nas políticas públicas que garantam financiamento, formação e reconhecimento profissional nos dispositivos de cuidado.

Palavras Chaves: Acompanhamento Terapêutico; território; cuidado em liberdade; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This theoretical essay aims to reflect on Therapeutic Companionship as an agent in the territory for care in freedom, in light of international paradigms and the guidelines of Brazilian mental health policy. Based on a qualitative approach and a literature review in the fields of Clinical Psychology, Collective Health, and Therapeutic Companionship, the study traces the history of the practice from its origins in reformist movements to its insertion in the Psychosocial Care Network. The results show that the therapeutic companion's approach aligns with the psychosocial rehabilitation model and the Recovery paradigm, as it emphasizes user protagonism and the construction of life within the dimensions of territorial meaning. However, the literature reveals challenges such as precarious working conditions and the still incipient insertion of this practice in the care network devices. We conclude by reflecting that the therapeutic companion's work can strengthen care in freedom as an agent mediating with territorial representations, but it still requires public policy regulations that guarantee funding, training, and professional recognition within care devices.

Keywords: Therapeutic Companionship; territory; care in freedom; Psychosocial Care Network.

Resumen

Este ensayo teórico tiene como objetivo reflexionar sobre el Acompañamiento Terapéutico como agenciador en el territorio para el cuidado en libertad, a la luz de los paradigmas internacionales y de las directrices de la política de salud mental brasileña. A partir de un enfoque cualitativo y de una revisión de la literatura en los campos de la Psicología Clínica, Salud Colectiva y Acompañamiento Terapéutico, el estudio recorre la historia de la práctica desde sus orígenes en los movimientos reformistas hasta su inserción en la Red de Atención Psicossocial. Los resultados muestran que el enfoque del acompañante terapéutico se alinea con el modelo de rehabilitación psicossocial y con el paradigma del Recovery, ya que enfatiza el protagonismo del usuario y la construcción de vida en las dimensiones de sentido del territorio. Sin embargo, la literatura evidencia desafíos como la precarización laboral y la inserción aún incipiente en los dispositivos de la red de cuidado. Concluimos reflexionando que el trabajo del acompañante terapéutico puede fortalecer el cuidado en libertad, como un agenciador de mediaciones con las representaciones territoriales, pero que aún requiere regulaciones en las políticas públicas que garanticen financiamiento, formación y reconocimiento profesional en los dispositivos de cuidado.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico; territorio; cuidado en libertad; Red de Atención Psicossocial.

Introdução

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o Acompanhante Terapêutico (AT) como agenciador no território, entendendo essa prática como uma possibilidade concreta para o cuidado em liberdade, à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira contemporânea.

O AT surge no contexto de transformação da lógica do cuidado em saúde mental, uma transformação histórica que ocorreu no mundo todo que desloca do modelo manicomial, centrado no confinamento e na internação prolongada, para um modelo de cuidado de base territorial e comunitária, que respeita as particularidades e necessidades de cada local e de cada sujeito (Amarante, 2015). Essa mudança, longe de ser meramente técnica, carrega consigo uma aposta ético-política: a de que o sofrimento psíquico não precisa ser sinônimo de exclusão, e que o cuidado pode e deve acontecer nos espaços da vida cotidiana. É nesse terreno fértil que o acompanhante terapêutico (AT) emerge como uma figura singular: alguém cuja função é estar com a pessoa em sofrimento psíquico pelos becos, praças, transportes públicos, serviços de saúde, escolas e mercados da cidade.

Para compreender o lugar que o AT ocupa hoje na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é necessário recuperar o solo histórico do qual ele brota. Inicialmente, as experiências dos movimentos reformistas da segunda metade do século XX, impulsionadas sobretudo pela experiência de Franco Basaglia na Itália, promoveram críticas radicais aos saberes e às práticas psiquiátricas tradicionais, questionando não apenas os tratamentos, mas a própria instituição manicomial como produtora de exclusão (Amarante, 1998).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) não emergiu como um movimento meramente técnico-assistencial, mas sim no bojo das grandes transformações sociais e políticas do final da década de 1970, onde Amarante e Oliveira (2004) analisam o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978 a partir da denúncia pública das condições de violência nos hospitais psiquiátricos, denúncia que desencadeou a primeira greve no setor público desde o início da ditadura militar, revelando que a reforma psiquiátrica brasileira nasce como movimento social articulado à luta pela redemocratização.

No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, o MTSM deixou de ser um movimento predominantemente de técnicos para assumir uma identidade ampla de movimento social, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (Amarante & Oliveira, 2004, p. 16). Esse lema expressava uma ruptura epistemológica e estratégica: o eixo do debate abandonava os limites meramente assistenciais e passava a vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional. Foi nesse contexto que se gestaram as diretrizes da reabilitação psicossocial. A experiência pioneira ocorreu em Santos (SP) em 1989, quando o Anchieta sofreu uma grande intervenção e, em seu lugar, montou-se uma estrutura inovadora de serviços baseados

na concepção de território: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), protótipos do novo modelo assistencial substitutivo ao manicômio (Amarante & Oliveira, 2004).

Conforme analisa Chauí-Berlinck (2011) foi no contexto da RPB que o AT emergiu no Brasil como uma opção contrária ao modelo de internação, configurando-se como um recurso voltado ao tratamento em saúde mental. Os movimentos sociais, portanto, tinham em seus discursos a defesa da cidadania e o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos dotados de razão e vontade.

Neste cenário de movimentos sociais o AT nasce como uma ferramenta política alinhada a esses ideais; inicialmente nos anos 1960 e 1970 na América Latina o AT surge no enfoque do auxiliar psiquiátrico, estagiários que participavam do cotidiano das pessoas em crise, oferecendo cuidados básicos e apoio afetivo (Hermann, 2012), e somente para depois se deslocar dos muros do hospital para as ruas da cidade.

Nestes quarenta anos de existência o AT foi se reinventando, deixando, de ser apenas auxiliar dentro dos hospitais psiquiátricos para se tornar aquele que agencia, conecta as pessoas aos espaços possíveis no território, caminha junto pelas praças, auxilia na busca por trabalho, no cuidado da casa, nos afazeres do cotidiano; e não se restringe mais exclusivamente com pessoas com sofrimento psíquico grave em processo de desospitalização, mas se expandiu para diversas possibilidades e contextos, como por exemplo, hospitais gerais, escolas, sistema judiciário, processos de envelhecimento, entre outros campos (Metzger, 2017).

Neto e Dimenstein (2016) afirmam que o AT se apresenta como uma das frentes para a construção desse novo cuidado que acontece nos serviços da RAPS, ou seja, do enfoque de caráter singular do tratamento dos transtornos mentais, não recaindo aos protocolos ou diagnósticos padronizados, mas sobre o desejo do sujeito como motor terapêutico; respondendo as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, na qual a pessoa com sofrimento psíquico possa efetivamente circular pela cidade, apropriando-se do território como espaço de vida e não mais como cenário de vigilância.

Essa nova lógica com o AT atuando como um operador do acompanhamento do sujeito nos passos concretos da vida cotidiana, mediando relações, fortalecendo redes sociais e auxiliando na negociação com os equipamentos do território encontra-se em consonância direta com o modelo de reabilitação psicossocial que propõe ir além do controle dos sintomas e da mera adaptação do sujeito ao ambiente, que aposta na reconstrução do poder de contratualidade social da pessoa em sofrimento psíquico, entendendo que a desinstitucionalização não se completa não apenas com a saída do hospital, mas com a criação de novas possibilidades de vida no território, incluindo moradia, trabalho, lazer, afetividade e cidadania (Pitta, 2001).

Além disso, outro processo que o AT engloba é a contratualidade social e na reconstrução de projetos de vida na qual coaduna também com o paradigma internacional centrado na pessoa, em Recovery e direitos humanos da Organização Mundial da Saúde, na qual entre diversas diretrizes

enfoca no processo da vivência da experiência, da narrativa sobre os processos nas dimensões e cotidiano da pessoa.

Brandão, Figueiredo e Delgado (2022) descrevem que Recovery emergiu no campo da saúde mental a partir dos movimentos de pessoas com experiência vivida de sofrimento psíquico e familiares nos países anglo-saxões na década de 1970, tornando-se relevante para a compreensão de práticas de cuidado que valorizam o protagonismo dos usuários. Com base na definição clássica de Anthony (1993), os autores apontam que o Recovery não se confunde com a cura no sentido biomédico, mas sim com um processo pessoal e singular de mudança: uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e significativa, mesmo diante das limitações causadas pelo sofrimento psíquico.

Ao aproximar o AT deste paradigma internacional não se trata de transplantar mecanicamente um modelo estrangeiro, mas de extrair dele suas potencialidades: centralidade no usuário, aposta na esperança, direito a uma vida com sentido no território à luz das conquistas e dos limites concretos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No Brasil, algumas experiências têm descrito o AT nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e intersetorial, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Residências Terapêuticas (RT) e no sistema judiciário, ampliando sua atuação para além da assistência em saúde mental propriamente dita. Silva (2012) aponta que embora ainda, incipiente, de maneira esporádica e tímida, tais experiências produzem impacto significativo no cuidado e para a rede. Um exemplo é o projeto “AT na Rede”, desenvolvido no Rio Grande do Sul desde 1988 como iniciativa de extensão e pesquisa vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No contexto da RAPS o AT poderia ser considerado como um operador privilegiado, pelas estratégias de cuidado desenvolvida de um cuidado em liberdade que ultrapasse o plano apenas do discurso, mas que também se efetive como ato no território vivo ainda que permaneça tensionado entre sua potência clínica e a precarização institucional. Diante do exposto, coloca-se a questão central que orienta este ensaio: de que modo o Acompanhamento Terapêutico pode fortalecer o cuidado em liberdade no território, superando limites que ainda persistem na Rede de Atenção Psicossocial?

Metodologia

Esta pesquisa de abordagem qualitativa foi composta como um ensaio teórico que segundo (Meneghetti, 2011) enfoca uma reflexão permanente como zona de centralidade; por meio da temática sobre o cuidado do acompanhamento terapêutico, enquanto dispositivo relevante do modelo de reabilitação psicossocial e paradigmas atuais.

O texto é caracterizado pela interconexão entre as experiências e a formação das autoras, que analisam elementos do campo temático em busca de uma compreensão de sua complexidade. Dessa forma, dialogam de maneira crítica, descritiva e interpretativa, permitindo compor uma

síntese do conhecimento existente e identificar lacunas para investigações futuras. Para tanto, foi utilizada literatura em formato de artigos e livros provenientes da Psicologia Clínica, da Saúde Coletiva e do campo do Acompanhamento Terapêutico.

O material, composto por livros e artigos, foi analisado a partir de temáticas relacionadas ao ato de fazer do AT e à reflexão à luz da política de saúde mental brasileira, sendo posteriormente triangulado com a realidade.

Resultados e discussão

O AT se constitui como uma clínica em constante construção, aberta ao novo e marcada pela ruptura com os modelos tradicionais centrados no consultório. Inserido nos contextos reais da vida das pessoas em sofrimento psíquico, o AT produz não apenas intervenções técnicas, mas também conexões humanas construídas nos encontros cotidianos entre acompanhante terapêutico e acompanhado. É nessa proximidade, sustentada pelas relações e pela convivência, que se tornam possíveis o apoio, a compreensão da singularidade das experiências humanas e a ampliação das possibilidades de inserção social das pessoas em sofrimento. Esse modo de operar já aponta uma primeira resposta à questão central: o AT fortalece o cuidado em liberdade ao deslocar a clínica do espaço fechado do consultório para o território vivo, onde a vida acontece.

Nessa direção, segundo Hermann (2005), o AT é compreendido a partir da própria prática e do lugar ocupado por aquele que acompanha o sujeito em sua forma singular de estar no mundo. Ao acompanhante terapêutico cabe sustentar, junto ao acompanhado, a reconstrução desse mundo, construindo estratégias singulares e favorecendo possibilidades de existência sem impor modelos ou formas pré estabelecidas de viver. Assim, o AT fortalece o cuidado em liberdade ao partir do desejo e da singularidade do sujeito, e não de protocolos ou diagnósticos padronizados.

Consideramos, portanto, que o AT pode ser constituída como Lancetti (2008) refere como uma clínica peripatética, realizada a céu aberto, que vai ao encontro do acompanhado em seus percursos cotidianos, nos espaços onde vive, circula e estabelece relações, num modo que se torne possível acompanhar seus modos singulares de existir, traçando um mapa que evidencia não apenas suas dores e clausuras, mas também suas potências inesperadas, sua sensibilidade e os ritmos próprios com que habita o mundo e o tempo; podendo ser uma estratégia para a RAPS ao operar nas situações e cenários onde os serviços muitas vezes não chegam, qual seja: na rua, no domicílio, nos espaços de lazer e trabalho.

Há diversas formas para conceituar o AT na literatura. Para Metzger (2017) o que define o AT é a escuta atenta ao sujeito em sofrimento em uma tentativa de construir laços sociais a partir das intervenções que emergem de cada encontro; Mendonça (2017) sustenta o AT como uma “clínica do cotidiano”, compreendendo o AT como uma abordagem clínico assistencial que não se restringe nem à psicoterapia e ao manejo transferencial, nem somente às atividades práticas da

vida diária, como gestão e manejo como operação fundamental da prática clínica, onde o vínculo é a ferramenta para sustentar o cuidado em liberdade mesmo diante de crises e situações de alta complexidade.

Palombini (2004) amplia a compreensão do AT ao destacar sua dimensão político-clínica, entendendo o AT como uma prática voltada para a transformação e para a construção de possibilidades de convivência no mundo a partir do reconhecimento dos diferentes modos de existir. A autora compreende o AT como uma tecnologia clínico-política articulada à rede pública de saúde mental e aos serviços substitutivos. Também o apresenta como um dispositivo fundamental para a sustentação e análise dos princípios da reforma psiquiátrica. Assim, o AT opera como ferramenta de desinstitucionalização e de transformação da clínica tradicional, ao construir redes de cuidado no espaço extra-institucional e produzir práticas que se afastam da lógica manicomial. Essa dimensão político-clínica é central para superar os limites da RAPS, pois o AT não apenas cuida, mas também denuncia e transforma as estruturas que ainda perpetuam a exclusão.

Para que o AT exerça essa potência transformadora, Palombini (2004) enfatiza a importância de uma prática orientada por uma ética do encontro e pela análise constante da realidade vivida. Nessa perspectiva, o acompanhante terapêutico não se apoia em protocolos fixos, mas constrói sua atuação a partir da singularidade de cada encontro com o sujeito e seu território existencial, na qual a clínica acontece diretamente nos atravessamentos do cotidiano em casa, na rua, nos serviços e nos diferentes espaços de circulação fazendo dos acontecimentos e impasses da vida matéria para a criação de novos sentidos e possibilidades de existência.

Assim, o AT ultrapassa a condição de mera técnica e se afirma como uma prática clínico-política que problematiza os saberes instituídos e atua micropoliticamente na desconstrução das normas e hábitos que sustentam a lógica manicomial (Palombini, 2004). É nesse ponto que essa clínica mais fortemente contribui para superar os limites da RAPS: ao questionar as práticas cristalizadas e apostar na criação cotidiana de novas possibilidades.

A inserção do AT nas políticas públicas brasileiras de saúde mental tem como marco a experiência de Santos (SP), especialmente após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, acontecimento fundamental para a luta antimanicomial no Brasil. A partir desse processo, foram criados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), precursores dos atuais CAPS, consolidando um modelo de cuidado territorial, comunitário e em liberdade, no qual o AT encontrou espaço para se desenvolver como prática clínica inserida na rede pública de saúde mental (Prefeitura de Santos, 2024). A criação desses espaços de cuidado de base territorial, comunitário e em liberdade permitiu que o AT se fortalecesse como prática clínica inserida na rede pública, inclusive com ATs concursados desde os primeiros NAPS (Souza, 2026). Essa experiência demonstra que a inserção formal do AT na RAPS, com vínculos estáveis, é um caminho para superar a precarização institucional.

Outro importante marco da inserção do AT nas políticas públicas brasileiras é o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Desde sua criação, em 2001, o programa incorporou o AT como ferramenta clínica fundamental no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico submetidas a medidas de segurança ou em situação de vulnerabilidade jurídica. Sustentado por uma articulação entre justiça, saúde, assistência social e sociedade civil, o PAI-PJ orienta-se pelos princípios da reforma psiquiátrica e pela construção de alternativas ao encarceramento e à lógica manicomial, mantendo o AT como função clínica que perpassa todas as profissões (Barros-Brisset, 2010).

No PAI-PJ, o AT ocupa uma função clínica estratégica ao atuar diretamente no cotidiano dos sujeitos, favorecendo sua circulação pela cidade, o acesso a direitos e a construção de redes de cuidado. Inserido em uma equipe interdisciplinar e tendo o AT como função clínica transversal às diferentes categorias profissionais, opera como articulador entre saúde, justiça e assistência social, acompanhando situações marcadas não apenas pelo sofrimento psíquico, mas também por exclusão social, racismo, violência e pobreza. Por meio de um trabalho clínico realizado no território, o AT sustenta práticas de cuidado em liberdade, favorecendo processos de autonomia e a construção de novas possibilidades de existência e circulação social, mesmo diante de marcas profundas de estigma e exclusão. Dessa forma, a experiência do PAI-PJ evidencia a potência desse dispositivo em tensionar estruturas manicomializantes e judiciais, afirmando o cuidado em liberdade como uma possibilidade concreta, inclusive em contextos de alta complexidade institucional (Barros-Brisset, 2010).

Outra experiência importante na inserção do AT na rede pública brasileira foi o projeto AT na Rede, da UFRGS, criado em 1998. Com atuação contínua há quase três décadas, o projeto articula extensão, ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais e para a RAPS de Porto Alegre, além de se tornar referência nacional na promoção do cuidado em liberdade (Palombini et al., 2022). A consolidação do AT na Rede foi sempre sustentada por uma ampla rede de colaboração entre universidade, serviços públicos, docentes, estudantes e pessoas acompanhadas, tornando-se referência nacional na prática do AT no contexto público. Vinculado à universidade, o projeto articula extensão, ensino e pesquisa, possibilitando sua continuidade e fundamentação teórica, mas também evidenciando limites estruturais, já que sua existência depende de apoio institucional acadêmico, sem constituir uma política pública formal do SUS (Palombini et al., 2022). Ainda assim, a experiência demonstra a potência clínica e social do AT e aponta para a necessidade de sua incorporação mais efetiva às políticas públicas de saúde mental (Palombini et al., 2022).

Outra experiência relevante em que profissionais atuam como ATs são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) do município do Rio de Janeiro, iniciados em 1998 como dispositivos estratégicos da política de desinstitucionalização. Regulamentados a partir do ano de 2000, os SRTs oferecem moradia inserida no espaço urbano para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, favorecendo o retorno à vida comunitária e o cuidado em liberdade. Nesse contexto, o AT ocupa papel central na coordenação do cuidado, atuando junto a cuidadores e técnicos de enfermagem (Soares & Silva, 2019). Nos SRTs, o AT constitui o eixo central do cuidado, oferecendo suporte cotidiano

no ambiente domiciliar e favorecendo processos de reabilitação psicossocial, autonomia e inserção comunitária. O AT, contratado via carteira assinada por meio de uma Organização Social (OS), atua como técnico de referência, articulando o cuidado clínico e social, supervisionando cuidadores e sustentando a residência como espaço de vida em liberdade, evitando sua institucionalização (Soares & Silva, 2019).

Apesar das diferentes formas de inserção institucional do AT nas experiências apresentadas, seja por meio de concursos públicos, como em Santos, da função clínica transversal exercida no PAI-PJ, da contratação formal nos SRTs do Rio de Janeiro ou do vínculo universitário no AT na Rede, todas convergem na sustentação do AT como uma prática potente de cuidado em liberdade. Ainda que atravessado por diferentes arranjos institucionais, o AT demonstra, em todos esses contextos, sua capacidade de construir vínculos, ampliar a circulação social, articular redes de cuidado e sustentar modos singulares de existência fora da lógica manicomial. Essas experiências evidenciam que a potência dessa clínica não se reduz ao modelo institucional ao qual está vinculado, mas se afirma justamente na ética do encontro, na presença no território e na construção cotidiana de possibilidades de vida e pertencimento social.

Considerações finais

Este estudo possibilitou descrever o histórico e a atuação do Acompanhamento Terapêutico (AT) e refletiu sobre sua relevância como um ator no cuidado pela reabilitação psicossocial, por meio de estratégias de clínica ampliada, no território e, principalmente, em liberdade. Mostrou-se importante, portanto, realizar reflexões sobre este dispositivo à luz dos paradigmas internacionais e das diretrizes da política de saúde mental brasileira.

Ao longo do percurso teórico construído, foi possível evidenciar que o AT emerge historicamente como uma prática fronteira, situada entre a clínica e a política, entre o hospital e a cidade, entre o técnico e o existencial. Desde suas origens nos movimentos reformistas da segunda metade do século XX, passando pela experiência italiana e pela luta antimanicomial brasileira, o AT consolidou-se como um dispositivo de desinstitucionalização que opera no território vivo, acompanhando as pessoas em sofrimento psíquico em seus percursos cotidianos. A análise também demonstrou que o AT se alinha com o modelo de reabilitação psicossocial, ao apostar na reconstrução da contratualidade social, bem como com o paradigma internacional do Recovery, que enfatiza o protagonismo do usuário e a construção de uma vida com sentido mesmo diante das limitações.

Não obstante a potência clínica e política do AT, este estudo também evidenciou os tensionamentos que atravessam sua prática no contexto da Rede de Atenção Psicossocial. O acompanhante terapêutico permanece frequentemente submetido a condições de trabalho precarizadas, com vínculos frágeis, ausência de regulamentação e pouca supervisão institucional. Além disso, a inserção do AT nos dispositivos da rede ainda se dá de maneira esporádica e tímida, concentrada em experiências locais e com pouca capilaridade nacional. Esses limites apontam

para a necessidade de fortalecimento institucional do AT como política pública e não apenas como iniciativa isolada.

Diante da questão central que orientou este ensaio de que modo o AT pode fortalecer o cuidado em liberdade no território, superando limites que ainda persistem na RAPS? Considera-se que o AT fortalece o cuidado em liberdade na medida em que opera como um agenciador de conexões entre o sujeito e os equipamentos do território, como um construtor de redes e como um disparador de processos de autonomia. No entanto, para que essa potência se efetive de maneira ampliada e sustentável, sugere-se como encaminhamento que o AT deixe de ser uma prática marginal e passe a ocupar o lugar de dispositivo central nas políticas de saúde mental. Isso implica a necessidade de: (a) inclusão do AT como serviço específico na RAPS, com financiamento próprio; (b) formação continuada e supervisão permanente para os acompanhantes terapêuticos; (c) garantia de vínculos trabalhistas dignos; (d) fomento a pesquisas que avaliem o impacto do AT na redução de reinternações e na ampliação da autonomia dos usuários. Espera-se que este ensaio contribua para visibilizar o AT como estratégia fundamental para a consolidação do cuidado em liberdade e para o avanço da luta antimanicomial no Brasil.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Fiocruz.
- Amarante, P., & Oliveira, W. F. de. (2004). A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*, 12 (47), 6-21.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Brandão, A. D. de L., Figueiredo, A. P., & Delgado, P. G. G. (2022). Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00189174. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>
- Chauí-Berlinck, R. (2011). *Acompanhamento terapêutico: uma clínica em construção*. Annablume.
- Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética* (3. ed.). Hucitec.

- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um ensaio teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 320-332.
- Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise* (1. ed.). Aller.
- Neto, M., & Dimenstein, M. (2016). Experiência de Acompanhamento Terapêutico: do hospital à cidade. *Pesquisa e Prática Psicossociais*, 11(2), 489-498.
- Palombini, A. (2004). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento* (2. ed.). UFRGS.
- Palombini, A. L., Pasini, V. L., & Ecker, D. D. (Orgs.). (2022). *Linhas do tempo: acompanhamento terapêutico na rede pública*. Rede Unida.
- Pitta, A. M. F. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec.
- Prefeitura de Santos. (2024). *Marco da luta antimanicomial no País, intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, completa 35 anos*. <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/marco-da-luta-antimanicomial-no-pais-intervencao-da-casa-de-saude-anchieta-em-santos-completa-35-anos>
- Prefeitura de Santos. Secretaria Municipal de Finanças e Gestão. (2025). Anexo II – Descrição sumária das atividades. Edital nº 40/2025 – SEPLA-RH.
- Soares, L. M. L., & Silva, P. R. F. da. (2019). Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado. *Saúde em Debate*, 43(esp. 2), 101-113. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S208>