



HUMANIDADE
Acompanhamento Terapêutico

Victor Leopoldo e Silva

**Acompanhamento Terapêutico como facilitador
do cuidado em saúde: relato de caso clínico**

São Paulo
2025

**Acompanhamento Terapêutico como facilitador
do cuidado em saúde: relato de caso clínico**

Trabalho de Conclusão do Curso
"Formação nas Diversidades do
Acompanhamento Terapêutico" da Equipe
Humanidade AT.

São Paulo

2025

Resumo

O presente ensaio de trabalho foi realizado para a conclusão da “Formação nas diversidades do Acompanhamento Terapêutico”, oferecido pelo instituto HumanidadeAT. Na introdução foi sintetizado o surgimento da figura do Acompanhante Terapêutico (AT) e seu papel. No desenvolvimento foi contextualizado o caso de Daniel e apresentados pontos-chaves em seu processo de cuidar de sua saúde, envolvendo conversas iniciais sobre o assunto e interações sociais durante seis consultas médicas. Na discussão foram levantadas algumas considerações sobre o caso apresentado, dando ênfase para o manejo clínico. O objetivo deste ensaio é apresentar uma reflexão acerca da clínica do acompanhamento terapêutico e suscitar reflexões acerca das potencialidades de tal campo de atuação.

Introdução

Durante a segunda metade do século XX tiveram início na Europa Ocidental as chamadas Reformas Psiquiátricas, movimentos político-ideológicos que questionam o estatuto do saber psiquiátrico sobre a loucura e as suas práticas violentas e asilares. São movimentos diversos que se baseiam em uma mudança paradigmática acerca do entendimento sobre a loucura e as pessoas consideradas loucas, que deixam de ser vistas a partir de um reducionismo médico-psiquiátrico e passam a ser compreendidas como, para além de quaisquer diagnósticos, seres humanos que merecem cuidado e dignidade. Com isso, os tratamentos passam a, por princípio, favorecer a inclusão social dessas pessoas, a partir do exercício da autonomia e cidadania ativa, tendo por objetivo final a emancipação terapêutica (AMARANTE, 2018).

No Brasil, o campo da saúde mental passou por transformações similares. Durante o regime militar o modelo hospitalocêntrico foi incentivado, tendo grande aumento na quantidade de hospitais psiquiátricos privados conveniados no país, “os quais operavam unicamente na lógica do lucro, resultando em hiperlotação, falta de leitos, de comida, de condições mínimas de cuidado com o outro e de direitos humanos” (SERENO, 2018). Embora este fosse o modelo de tratamento respaldado pela legislação vigente, havia tensionamentos sociais, notadamente entre grupos de profissionais, familiares e usuários da saúde mental, que repudiavam esse cenário e pleiteavam mudanças. Tais tensionamentos se fizeram presentes durante o processo de redemocratização e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo decisivos para a formulação da Lei nº 10.216 de 2001 – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica – que estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegia o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária (SERENO, 2018).

O acompanhamento terapêutico surge no Brasil em meio a este período de efervescência de debates sobre saúde mental, estando alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sereno (2018) descreve algumas experiências anteriores à formalização do acompanhamento terapêutico no país, remontando a práticas desenvolvidas desde 1960 nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, que envolviam acompanhamentos de pacientes psiquiátricos. Com o tempo tais experiências passaram a ser teorizadas e consolida-se o termo Acompanhante Terapêutico (AT), bem como a compreensão que suas intervenções possuem um caráter clínico (SERENO, 2018).

Atualmente os acompanhamentos terapêuticos costumam ocorrer “uma, duas ou mais vezes por semana e duram entre uma a três horas” (PITTIÁ, 2009), sendo indicado para diversos tipos de demandas. Durante o período em que estão juntos, o AT se coloca em disponibilidade para o acompanhado em sua singularidade, partindo de suas necessidades, realidades cotidianas e projetos de vida, buscando a realização de objetivos que em geral envolvem a relação da pessoa com seu mundo físico e social (SAFRA, 2012). Nesse trabalho o *setting* não depende do ambiente de uma clínica de psicologia, ele acontece na própria relação entre AT e acompanhado. Onde quer que estejam, são elaborados os sentidos dos momentos vivenciados. Por fim, o acompanhamento deve ser conduzido de forma tal que “o sujeito siga o caminho que lhe seja próprio – mantendo-o, ao mesmo tempo, dentro dos limites cabíveis da cultura” (PITTIÁ, 2009).

Desenvolvimento

Contextualização do caso

Entre novembro de 2022 e dezembro de 2023, foi realizado o acompanhamento de uma pessoa que chamarei de Daniel, então frequentador de uma ONG que atua na região central de São Paulo. Daniel era conhecido por alguns funcionários e colegas “das antigas”, como dizia, uma vez que havia frequentado esta instituição durante alguns anos, no início dos anos 2000. No entanto, sua presença se limitava a ficar sentado em um canto, interagindo minimamente com outras pessoas. Afirmava não ter problemas com o uso de drogas, que era a principal temática abordada no local.

Diante de tal circunstância, uma psicóloga da equipe considerava sobre o possível benefício de um acompanhamento terapêutico com ele, imaginando que lhe faria bem frequentar também outros espaços da cidade, de acordo com seus desejos e possibilidades. Marcamos uma conversa com ele na qual explicamos o que é um acompanhamento terapêutico e como ele funciona. Procuramos evidenciar o nosso compromisso com o sigilo profissional, a inexistência de objetivos a priori e que ele seria a pessoa a ditar quais caminhos iríamos seguir. Encontramos dias e horários em comum, firmamos acordos práticos e Daniel mostrou interesse em iniciar o acompanhamento.

No primeiro dia nos encontramos na porta da ONG e andamos um pouco pelo bairro. Daniel é um homem cis, negro, com cerca de 55 anos, em situação de vulnerabilidade social. Na época, morava em um pequeno quarto de pensão sem janelas e não tinha acesso a geladeira ou fogão. Estava trabalhando em regime de meio período em um programa da Prefeitura de São Paulo¹, e às vezes fazia “bicos” como ajudante de pintor ou de encanador. Seus vínculos familiares eram muito frágeis desde a primeira infância e durante grande parte de sua vida adulta esteve em situação de rua, dormindo em Centros de Acolhida ou em locais públicos. A maior parte do acompanhamento foi realizado em dupla por dois estudantes de psicologia, exceto os últimos meses, quando o presente autor passou a encarregar-se sozinho do caso. O processo foi realizado em caráter voluntário e contou com a supervisão de uma psicóloga psicodramatista experiente na área da saúde mental e pública.

Convém pontuar que será narrado a seguir um recorte do acompanhamento terapêutico realizado com Daniel, tendo em vista descrever o processo que envolveu o cuidado de sua saúde a partir de sua vinculação à Atenção Primária de Saúde (APS) e do seu comparecimento a seis consultas médicas. Convém pontuar que se trata de uma descrição baseada em lembranças e anotações, não pretendendo oferecer precisão exata dos acontecimentos.

Início do cuidado em saúde

Devido a falta de recursos materiais de Daniel, praticamente todos os encontros se deram em locais públicos e gratuitos como praças, parques, centros culturais e museus. Em geral nos deslocávamos a pé pela cidade – por vezes grandes distâncias –, e após alguns meses fomos percebendo que ele regularmente reclamava sobre sentir muito calor e cansaço. Durante um acompanhamento mencionou que ocasionalmente sentia incômodos na região do peito/torso e que tinha desconfortos depois de comer alguns alimentos “muito salgados”. Em supervisão, pensamos que era importante investigar sobre o seu estado de saúde.

No encontro seguinte trouxemos esse assunto e Daniel contou que acreditava ter diabetes e hipertensão, pois tinha a impressão de ter ouvido isso de um médico, anos atrás. Pelo que se recordava, nunca fez nenhum tipo de acompanhamento médico, apenas frequentava “o postinho” quando sentia dores fortes ou estava muito doente. Disse também que, “para melhorar”, tomava remédios naturais (ômega 3 e óleo de alho em pílulas), seguindo as recomendações de uma acupunturista que o atendia em um projeto social que ele frequentava.

A partir destas informações julgamos ser importante que ele se vinculasse à APS do seu território, para que pudesse confirmar se tinha tais problemas de saúde e garantir que

estava tomando a medicação adequada. Em conversa com Daniel, sugerimos essa ideia, nos dispendo a ir com ele na Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro. Daniel não quis fazer isso. Disse que aquela UBS era “horrrível”, que a fila para atendimento era muito grande e que já tinha passado por situações desagradáveis naquele lugar. Diante de tal recusa, recuamos. Não poderíamos agir de outra forma senão estando ao seu lado em suas decisões.

Durante as próximas semanas seguimos outros caminhos, incluindo as habituais andanças pela cidade, mas as queixas de saúde de Daniel foram se intensificando. Fazia muito calor em São Paulo, e ele relatou que estava tendo dificuldades para dormir. Durante um acompanhamento, passou mal, sentindo dores no peito/torso, e precisou se sentar em um banco para respirar e beber água. Levamos um susto. Disse que recentemente tinha passado por outro episódio de intenso mal-estar, e, em tom de brincadeira, comentou que às vezes sentia medo de “ter um troço”. Foi ficando cada vez mais evidente para nós ATs que seria importante que ele tivesse um acompanhamento médico.

Foi difícil acompanhá-lo durante esse período. Eu temia que algo ruim acontecesse com ele e me perguntava se não estávamos sendo negligentes, pois sabíamos que ele não estava bem e que podíamos ajudá-lo. Durante uma supervisão, concluímos que era importante que refizéssemos a nossa sugestão de ir com ele à UBS, porém, com cautela. Era preciso lembrar que a sua decisão era soberana, e que no máximo poderíamos explicitar os motivos de nossa preocupação. Ficamos atentos para, em um momento propício, reatar essa sugestão.

Certo dia, após Daniel reclamar sobre algum incômodo físico, retomamos as nossas percepções sobre a importância dele ter um cuidado consigo mesmo, tendo em vista o seu próprio bem. Procuramos costurar suas incertezas sobre diagnósticos com suas queixas de saúde, bem como apontar a aparente piora dos seus sintomas nas últimas semanas. Nosso intuito foi descrever com clareza as nossas percepções, para que ele as levasse em conta ao tomar a sua decisão. Dessa vez ele concordou.

Na semana seguinte Daniel nos guiou até um pequeno prédio em que funcionam diversos serviços públicos de saúde (UBS, CER III, CAPS-AD, STS, UMT, CRST, AMA)², nos levando até uma das portas de entrada. Entramos e nos dirigimos a uma fila. Enquanto esperávamos, conversamos com um funcionário que nos disse que estávamos no AMA, e que a UBS ficava em outra entrada. Daniel ficou desconfiado com essa informação. Perguntamos para outra funcionária. Ficamos surpresos: informação confirmada. Dobramos a esquina e entramos no prédio por outra porta³.

Daniel gostou do ambiente da UBS, quando comparado ao ambiente do AMA. Achou mais limpo e agradável. Pegamos uma fila para atendimento. Em conversa entre nós três e a recepcionista da unidade, ela explicou quais eram as próximas etapas para a

efetivação de seu cadastro. Voltamos a nos sentar nas cadeiras dentro da própria unidade para conversar. Retomamos o que havíamos entendido e explicamos a ele como funcionam as UBSs, onde as consultas têm de ser agendadas e o acompanhamento é longitudinal. Perguntamos se ele gostaria de prosseguir com o cadastro, e ele respondeu que sim. Iniciou-se então um processo que durou algumas semanas e demandou mais uma ida à unidade para conversar com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela região onde morava. A terceira ida ao serviço foi para marcar a primeira consulta médica.

No encontro anterior à consulta, fomos a um centro cultural que estávamos habituados, para nos sentar em um local tranquilo. Conversamos sobre expectativas e receios de nós três referentes ao primeiro atendimento médico. Depois sugerimos anotar em tópidos informações importantes como seu histórico de saúde, seus incômodos atuais, remédios que estava tomando e coisas que desejava perguntar. Ele ficou com o papel, que aconselhamos levar no dia da consulta. Perguntamos se ele gostaria de nossa companhia durante o atendimento, e ele respondeu que sim.

Nas próximas páginas, apresento de forma sucinta como se deram as consultas médicas mensais. Procurei relatá-las sem muitas elaborações, permitindo um olhar mais direto sobre como esses encontros ocorreram.

Consultas médicas

primeira consulta

O número de Daniel foi chamado, e ficamos os três em pé. Daniel cumprimentou a médica, que olhava para ele. Nos apresentamos e perguntamos se poderíamos entrar junto na consulta. Ela disse que a sala é pequena e geralmente só é permitida a entrada de uma pessoa junto, “mas tudo bem”. Entramos na sala (realmente era bem pequena) e, enquanto confirmava algumas informações como peso e pressão arterial de Daniel, ela nos perguntou “o que vocês são dele?”, aparentando não estar muito confortável com a nossa presença. Eu me senti incomodado, pensei um pouco antes de responder. Não era momento para explicações minuciosas sobre o nosso trabalho, naquele momento o foco era estar com Daniel. “Somos seus ATs.”

A próxima pergunta foi para Daniel, sobre qual o motivo de ele estar lá, ao que ele respondeu que precisava “ver a saúde”. A médica fez outra pergunta. Provavelmente queria que ele fosse mais específico. Ele olhou para nós. Perguntamos se ele não queria falar sobre as coisas que conversamos, ao que ele respondeu “Pode falar vocês”. Então fomos trazendo alguns tópicos que havíamos conversado, especialmente as suas queixas atuais.

Fizemos isso para ajudá-lo a explicar a sua situação de saúde, mas tentando não perder de vista o incentivo à sua interação com a médica. Estávamos lá “com” ele, e não “por” ele. Exemplos disso são algumas de nossas falas, como “você tinha comentado sobre

dores no peito, não é?” ou “lembro que anotei algo sobre dificuldade para dormir... como é isso mesmo?”. Daniel foi respondendo às nossas perguntas em geral de forma lacônica, olhando para nós. A médica foi anotando.

Ao final da consulta, ela recomendou que Daniel parasse de tomar os remédios “naturais”, pois eles não tinham eficácia comprovada e não se sabia quais seus reais efeitos. Ela prescreveu dois medicamentos alopáticos em doses baixas e solicitou exames cardíaco, sanguíneo e de fezes. Solicitou o monitoramento de sua pressão arterial por algumas semanas, a fim de ajustar a dosagem das medicações. Disse que no momento a sua pressão arterial estava bem alta, em um nível perigoso, e afirmou que era necessário o seu cuidado com a sua saúde. Orientou que ele não praticasse nenhuma atividade física até seu quadro se estabilizar, nem mesmo andanças longas ou trabalhos manuais. Solicitou o agendamento de uma consulta de retorno.

segunda/terceira/quarta consultas

Acompanhamos Daniel nos próximos três atendimentos, e pudemos observar que ele foi se sentindo mais à vontade naquele espaço – assim como nós. Em alguns momentos ele solicitava a nossa ajuda para responder perguntas, seja verbalizando esse pedido ou nos olhando com cara de dúvida. Em outros momentos respondia as perguntas sozinho enquanto olhava para nós, buscando um amparo. Aos poucos, foi aumentando a frequência com que se dirigia à médica. Nos surpreendemos positivamente no dia em que o clima estava um pouco tenso e ele fez uma piada. Todos demos risadas.

A médica foi se mostrando uma profissional atenta e comprometida com seu caso. Não foi necessária uma conversa direta com ela sobre o assunto para que percebesse, durante as nossas interações, que conversávamos com Daniel de forma lenta e utilizando palavras simples, para que pudesse compreender. Por vezes era necessário repetir algumas vezes uma mesma informação. Percebemos que ela passou a fazer alguns ajustes em suas intervenções, à medida que se acostumava com o seu modo de ser.

Durante esses atendimentos houve a confirmação de que Daniel era hipertenso e pré-diabético, sendo ambas as condições tratáveis. Era importante continuar com a medicação e procurar alterar hábitos alimentares⁴ e de exercícios físicos⁵, visando a perda de peso.

quinta consulta

A partir deste momento, eu estava o atendendo sozinho. Acabei tendo um compromisso que não podia ser cancelado, justamente no dia e horário desta consulta. Fiquei preocupado. Em supervisão, disse que pensei em avisá-lo e sugerir um reagendamento. Outra ideia seria ele ir sozinho à consulta. Tive dúvidas se ele toparia, se

daria certo. Fui incentivado por minha supervisora a tentar, a apostar. Mande mensagem perguntando a ele o que achava da ideia, e fiquei surpreso e feliz com a sua resposta. Na semana seguinte, ele me contou que havia ido na consulta sozinho e que tudo ocorreu bem. Também já havia agendado a próxima para uma quinta-feira, no horário que costumávamos nos encontrar.

sexta consulta

Na última consulta médica que acompanhei Daniel, pude perceber que a minha presença se fazia menos necessária. Ele estava bem mais à vontade com a situação. Praticamente só ele falou, eu apenas complementando informações quando solicitado, e quando achava ter algo importante a complementar. Com a hipertensão controlada e a dose dos remédios ajustada, aumentou-se o intervalo entre este atendimento e o posterior. Me despedi da médica e a agradei pela parceria, dizendo que esta era a última vez que o acompanharia naquele espaço.

Cerca de dez meses após o término do acompanhamento, me encontrei com Daniel em uma exposição cultural gratuita. Foi um dia gostoso, em que trocamos lembranças e risadas. Daniel comentou que continuava passando em consultas periódicas na UBS, agora com um novo médico.

Discussão

A ideia da realização de um acompanhamento terapêutico com Daniel surge a partir de uma demanda institucional difusa, a da abertura de caminhos e possibilidades em sua circulação pela cidade. Tal circunstância propiciou a efetivação de um contrato terapêutico aberto – isto é, sem objetivos pré definidos – com Daniel, em que o trabalho aconteceria de modo orgânico, a partir de seus desejos e possibilidades. Evidencia-se aqui que no início dos atendimentos não havia indício qualquer de que ele poderia estar com algum problema de saúde, e menos ainda de que o acompanharíamos em seu processo de autocuidado e vinculação com a APS. Evidencia-se aqui a importância do AT se dar de forma aberta, sem a delimitação a priori de objetivos específicos (SAFRA, 2012).

Analisando a sequência de consultas médicas fica evidente que, no início, os ATs atuaram de forma mais ativa, realizando intervenções a partir de solicitações (verbais e não verbais) de Daniel. Era perceptível que ele estava desconfortável naquele espaço, tendo dificuldades para se comunicar ante uma situação social tão nova em sua história. Nas consultas seguintes ele foi progressivamente encontrando formas de se colocar, enquanto ia se consolidando um vínculo positivo entre ele e a médica da unidade. O fato de Daniel se sentir mais confortável para se posicionar favoreceu com que os ATs pudessem intervir

cada vez menos. Na quinta consulta ele foi sozinho ao serviço e na sexta e última consolidou-se para o AT que as suas intervenções se tornaram menos necessárias. Pode-se considerar aqui que houve um aumento na autonomia de Daniel, considerada esta uma mudança positiva e alinhada com os objetivos propostos pela reforma psiquiátrica citados por Amarante (2018), em especial a emancipação terapêutica.

Um dos princípios éticos do acompanhamento terapêutico é que ele seja realizado a partir da singularidade da pessoa acompanhada, segundo o seu ritmo e organização corporal, o que implica em o AT “se tornar poroso ao modo de ser do acompanhado” (SAFRA, 2012). Dialogando com Safra (2012), destaca-se a sensibilidade dos ATs para as formas de estar de Daniel durante as consultas em questão, nas quais pistas verbais e não verbais eram tidas como sinais para intervenções ou recuos, tendo em vista viabilizar situações sociais que favorecessem a sua autonomia.

Há um aspecto que apareceu pontualmente no relato do caso, mas que merece destaque: o apoio oferecido pelos ATs em questões relacionadas à organização. Alguns exemplos são: pesquisar e informar Daniel sobre os documentos necessários para cadastro na UBS, verificar os dias e horários que a ACS responsável por seu território estaria na unidade, agendar as primeiras consultas e exames, pesquisar e informar sobre como ir aos locais dos exames, anotar tópicos relevantes para as consultas, registrar de forma sintética o modo correto de uso dos medicamentos, etc. São fazeres que, embora pareçam triviais, mostraram-se fundamentais para o processo.

Evidencia-se também a importância das supervisões clínicas em grupo para o acompanhamento de Daniel. Nesse espaço surgiram ideias de lugares para ir, foram debatidas diferentes concepções sobre o caso e foram desenhados imprescindíveis recálculos de rotas. Assim, diversas das intervenções mencionadas se deram graças ao olhar acurado da supervisora do caso, bem como dos outros estudantes que compuseram esse espaço. As supervisões também revelaram-se fundamentais para a escuta e o acolhimento das preocupações e receios dos estagiários em questão.

Considerações Finais

Argumenta-se que é a partir da sustentação de uma prática refletida, implicada e otimista que o Acompanhamento Terapêutico pode ser melhor aproveitado, levando à abertura de sentidos e caminhos para o acompanhado. A trajetória percorrida com Daniel leva a crer na potência da figura do AT para a promoção de autonomia, no caso, favorecendo o cuidado de si, a partir da vinculação com a rede do SUS.

Notas de rodapé:

¹ Programa Operação Trabalho (POT): Programa da Prefeitura de São Paulo destinado a conceder atenção especial ao trabalhador desempregado.

² Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro Especializado em Reabilitação tipo III (CER III), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Supervisão Técnica de Saúde (STS), Unidade Móvel de Território (UMT), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

³ A sinalização do local não era muito boa, havia apenas uma pequena placa escrito “UBS” acima da porta de entrada.

⁴ Daniel não tinha recursos financeiros para se alimentar conforme suas vontades e necessidades. Buscamos atendimento nutricional na clínica-escola de uma faculdade particular de São Paulo, e ele foi atendido em um processo que durou alguns meses e que ocorreu paralelamente às consultas médicas aqui descritas. Durante as consultas médicas comentamos sobre o acompanhamento nutricional e vice-versa.

⁵ Fomos um dia com Daniel a um centro esportivo municipal. No entanto, o local era muito longe de sua casa, e ele não demonstrou interesse nas modalidades ofertadas.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, nov. 2018.

BARRETTO, Kleber Duarte. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. 1. ed. São Paulo: Unimarco, 1998.

PITIÁ, A. C. DE A.; FUREGATO, A. R. F.. O Acompanhamento Terapêutico (AT) dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 30, p. 67–77, jul. 2009.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Programa Operação Trabalho. São Paulo, 7 maio 2025. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/desenvolvimento/w/cursos/operacao_trabalho/610. Acesso em: 31 maio 2025.

SAFRA, Gilberto. Acompanhamento terapêutico: uma clínica assentada na ética. *Atravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 91–98, 2º sem. 2012.

SERENO, Deborah. O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade ± a cena no AT. Tese (Doutorado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.