



ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM UM CASO ESQUIZO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THERAPEUTIC MONITORING IN A SCHIZO CASE: A REPORT OF EXPERIENCE

Stella Maris Souza Marques   Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.
Ilêno Izídio da Costa   Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.



Revista
Práxis em Saúde

Ano III | Volume III | n II | Florianópolis | 2025 | ISSN: 2966-1056
DOI: <https://doi.org/10.56579/prxis.v3i2.2388>

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM UM CASO ESQUIZO:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA****THERAPEUTIC MONITORING IN A SCHIZO CASE:
A REPORT OF EXPERIENCE**

Stella Maris Souza Marques¹
Ileno Izídio da Costa²

Resumo: A clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) visa suprimir os manicômios e devolver a liberdade, a cidadania e o direito à vida dos pacientes com diagnóstico em saúde mental. Objetivos: Visando desmistificar uma forma exclusiva de tratamento, o objetivo foi expor um caso clínico ainda em atendimento através do AT. Método: Para tanto, o método selecionado foi relato de experiência a partir dos encontros entre acompanhada e acompanhante terapêutica em Uberlândia-MG de 2019 até hoje. Como instrumentos, diários de campo e livre fluxo. Resultados: Foi possível notar, através de uma breve retrospectiva histórica do caso clínico, a influência e potência de receber apoio, afeto e cuidado legítimos por um familiar e pela acompanhante terapêutica; de incentivo do desenvolvimento de habilidades; de parceria entre acompanhante terapêutica e familiar; de participar efetivamente do tratamento oferecido pelo CAPS como forma de tratamento não convencional em saúde mental. Conclusão: O objetivo de desmistificar o uso de uma forma exclusiva de tratamento foi alcançado, uma vez que foi demonstrada uma forma alternativa e a necessidade de problematizarmos o tratamento ofertado aos que necessitam de ajuda, apoio, afeto e vínculo seguro e não apenas internação, contenção e medicação.

Palavras-chave: Clínica Psicológica; Esquizofrenia e Bipolaridade; Internação Psiquiátrica; Saúde Mental; Sofrimento Psíquico Grave.

Abstract: The Therapeutic Accompaniment (TA) clinic aims to eliminate asylums and restore freedom, citizenship, and the right to life of patients diagnosed with mental health. Objectives: Aiming to demystify an exclusive form of treatment, the objective was to present a clinical case still being treated through TA. Method: To this end, the selected method was an experience report based on meetings between the accompanied patient and the therapeutic companion in Uberlândia-MG from 2019 to the present. Field diaries and free flow were used as instruments. Results: It was possible to note, through a brief historical retrospective of the clinical case, the influence and power of receiving legitimate support, affection, and care from a family member and the therapeutic companion; of encouraging the development of skills; of partnership between the therapeutic companion and family member; of effectively participating in the treatment offered by CAPS as a form of unconventional treatment in mental health. Conclusion: The objective of demystifying the use of an exclusive form of treatment was achieved, since an alternative form was demonstrated and the need to problematize the treatment offered to those who need help, support, affection and a safe bond and not just hospitalization, restraint and medication.

Keywords: Clinical Psychology; Mental Health; Psychiatric Hospitalization; Schizophrenia and Bipolar Disorder; Severe Psychological Suffering.

¹ Doutoranda pela Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU), psicóloga clínica e desenvolve pesquisa no campo da saúde mental. stella_msm@hotmail.com

² Pós Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Professor adjunto do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB), desenvolve pesquisa no campo das psicopatologias. ileno@unb.br

INTRODUÇÃO

A clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) foi concebida na Europa sob influência das transformações políticas promovidas pelas reformas psiquiátricas, cujo objetivo era suprimir os manicômios e devolver a liberdade, a cidadania e o direito à vida dos pacientes com algum diagnóstico em saúde mental. Assim, a clínica do AT busca promover novas culturas de convivência com o paciente e desinstitucionalizar a loucura (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2001).

Nesse sentido, o trabalho dos profissionais, como psicólogos, é realizado na contramão da institucionalização da loucura através da reabilitação psicossocial, inclusão social e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Essa modalidade, longe de aprisionar os indivíduos com funcionamento diferente do consenso, constitui-se uma estratégia clínica-política, uma vez que as suas práticas psicossociais não se restringem ao ambiente institucional e objetivam tirar o indivíduo da situação de sofrimento, bem como articulá-lo em seu contexto social, reinventar sua condição de sujeito e, por fim, fomentar a sua autonomia (Pitiá; Furegato, 2009).

Assim, a desinstitucionalização da loucura ocorre por meio de formas alternativas ao manicômio e à internação total. Outros espaços e recursos são utilizados, como hospitais-dia, unidades psiquiátricas de internação e de emergências em hospitais gerais, ambulatorios, centros de atenção psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas, grupos de convivência, lares abrigados, cooperativas de trabalho, prática clínica do AT (Pitiá; Furegato, 2009), comunidades terapêuticas, praças, parques, lanchonetes e demais locais que possam fazer parte do plano terapêutico de cada paciente em tratamento.

Entretanto, por vezes, os objetivos da clínica do AT são prejudicados devido aos resquícios do paradigma manicomial e a medicalização, ou seja, o uso excessivo e até desnecessário de medicamentos e internações como forma exclusiva de tratamento. Conforme Costa (2013), as tecnologias manicomiais, ou seja, os excessos tanto de medicação e internação como de tempo de isolamento e contenção, favorecem a reprodução de subjetividades manicomiais, ou melhor, de sujeitos considerados “doentes mentais” para o resto da vida.

Como as práticas profissionais produzem modos de subjetivação do paciente, “outras práticas precisam agenciar possibilidades inéditas” (Costa, 2013, p. 47). E, para que seja possível outras práticas, “devemos ‘apostar na potência vincular’, ou seja, na tecnologia leve” (Costa, 2013, p. 51), através da qual é evidenciado o vínculo e a escuta, os quais proporcionam a estabilização do quadro crítico das crises em saúde mental, já demonstrado por Costa (2013).

Com o intuito de desmistificar uma forma exclusiva de tratamento em saúde mental, o objetivo do presente trabalho, enquanto uma nota preliminar de pesquisa, é expor via relato de experiência de um caso clínico ainda em atendimento através do AT, cuja justificativa se dá na relevância de uma modalidade de atendimento em saúde mental que propicie a redução de internações, contenções e medicações, ou melhor, proporcione a qualidade de vida, estabilização do quadro clínico e novas possibilidades.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método selecionado foi relato de experiência, por ser ainda uma pesquisa preliminar e pela sua natureza qualitativa, descritiva, compreensiva e explicativa. Ao examinar o fenômeno em sua realidade concreta, a abordagem qualitativa de pesquisa favorece o desenvolvimento de uma lógica interna voltada à compreensão e à explicação dos processos, os quais precisam ser analisados com base nas evidências obtidas e nas teorias existentes (Minayo, 2012).

Desse modo, no relato de experiência, é fundamental observar, descrever, compreender e explicar os acontecimentos para possibilitar uma análise consistente. A produção do conhecimento científico se dá por meio da interpretação da realidade, cujas interpretações nos fornecem categorias de análise a partir de suas especificidades (Minayo, 2012).

Para tanto, a coleta de dados foi realizada de 2019 até o momento através do uso de diários de campo pela pesquisadora/acompanhante, ou melhor, dados escritos após os encontros semanais e individuais de duração entre 1h e 1h30 em Uberlândia/MG - para realizar diversas atividades - como crochê, aquarela, caminhada, etc. - durante a técnica do livre fluxo com a acompanhada que, por motivos éticos, foi

alterado o seu nome para permitir o anonimato. É fundamental expor que a acompanhada concordou com a nota preliminar de pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Descrição do caso clínico: Léia, 55 anos, Ensino Médio completo, diagnosticada na fase adulta com esquizofrenia e bipolaridade após o parto aos 18 anos de idade da primeira filha. Após o diagnóstico, Léia, ainda casada, gestou mais duas vezes e, atualmente, está sob os cuidados do filho do meio. Nos últimos anos, já divorciada devido ao diagnóstico e por causa dos prejuízos em saúde mental, a paciente esteve sob os cuidados da filha mais velha e posteriormente do filho mais novo. Entretanto, diante das diversas negligências ocorridas, passou a morar com o filho do meio, cuja curatela foi concedida via processo judicial recentemente.

É fundamental expor que as negligências foram percebidas pela at, uma das autoras do presente resumo expandido, durante os seus encontros individuais, e informadas à ex-cunhada de Léia, quem cuidava à distância devido ao carinho ainda existente. Com a ajuda da at, a ex-cunhada recorreu a um processo jurídico para resolver as negligências, incluindo o uso inadequado da aposentadoria de Léia, já que as tentativas de resolução via comunicação com a família não foram eficazes. Não é sem motivo que durante o período em que esteve sob os cuidados da filha mais velha e do filho mais novo, Léia demonstrou aumento dos delírios, ansiedade, tristeza, solidão, questões gastrointestinais, problemas com a saúde bucal, sedentarismo, fome, bem como pouco cuidado com os seus itens pessoais, quais sejam, roupas de cama e roupas íntimas. Ademais, a paciente teve internações psiquiátricas recorrentes.

Desde a intervenção da at e consequentemente do processo judicial, o juiz determinou que Léia morasse com o filho do meio. Tal decisão, após meses, foi percebida como positiva, pois Léia tem vivido com mais qualidade de vida, já que passou a ter mais acesso à atividade física, consultas médicas e medicamentos em dia, atividades lúdicas, alimentação digna, itens de higiene pessoal à sua disposição e convivência familiar segura, além de acompanhamento terapêutico permanente.

No último ano, é perceptível a melhoria do quadro clínico de Léia desde a mudança do familiar cuidador e de sua parceria com a at, pois ambos incentivam a rotina organizada, o exercício físico, os exames de rotina e os tratamentos odontológicos e semanais no CAPS. Por vezes, a at acompanha Léia em consultas, exames, caminhadas, natação, eventos e atividades no CAPS devido as suas dificuldades motoras e de interação social e comportamento esquivo. Como resultado, a paciente não tem tido crises frequentes, não se sente ansiosa e está feliz e adaptada com a sua nova realidade. Entretanto, quando toca no assunto de seus outros filhos e como foi tratada, ainda demonstra confusão, níveis elevados de ansiedade e delírios, apesar do tema ser tratado sempre.

Além das atividades expostas, a at recorreu a alguns recursos artísticos a depender do interesse da acompanhada em prol de uma melhor qualidade de vida e menor isolamento social. Como esse trabalho é ainda um estudo preliminar, um dos recursos artísticos selecionados para apresentar é a pintura de panos de prato e as aulas de aquarela como parte do plano terapêutico.

A acompanhada já fazia crochê em panos de prato desde criança para vender por incentivo de uma tia que apresentava essa habilidade desenvolvida. Na infância, Léia também aprendeu a fazer salgados, tortas e bolos com a sua mãe para vender. Já adulta, por causa da falta de apoio e das dificuldades em tomar decisões, lidar com delírios, dinheiro e interação social, nunca cogitou abrir uma lanchonete/cafeteria, apesar das habilidades em culinária adquiridas e permanentes. Com o objetivo de Léia não perder tais habilidades, por vezes, at e acompanhada cozinham juntas.

Como o seu interesse e habilidade em crochê são notórios, a at sugeriu expandir, aos poucos, as habilidades de Léia. Apesar do seu interesse, teve dificuldade para aprender novos pontos de crochê sozinha. Como incentivo, a at e acompanhada se reuniam para aprender novos pontos. Ao longo do tempo, além de fazer o crochê nos panos de prato, foi sugerido pintá-los durante os encontros de AT em meio ao livre fluxo. Após quase um ano de pinturas em panos de prato (e vendas para os seus conhecidos), o seu interesse pelas tintas aumentou e o desejo em aprimorar as suas técnicas. Devido ao interesse exposto, como também pela sensação de solidão e dificuldade social e motora - já que apresenta tremores e dificuldade com movimentos

motores finos pelo uso de medicação -, at e acompanhada foram para a escola de pintura para aumentar a socialização e aprender novas técnicas de pintura.

DISCUSSÃO

Como discussão, é essencial expor a delimitação e o uso do conceito de sofrimento psíquico grave para referir à crise psicótica. Costa (2010 *apud* Costa, 2013) já detalhou o sofrimento psíquico grave como toda manifestação aguda da angústia humana e como um fenômeno, existencial humano com as suas peculiaridades e contextos próprios (Costa 2003). A proposta da mudança do construto urge para lembrar os profissionais da saúde que o paciente é uma pessoa em crise que precisa de ajuda e, por vezes, uma ajuda imediata, bem como enfatizar uma ética do cuidado (Costa, 2013).

Desse modo, essa delimitação aponta para a possibilidade de abordar a crise psíquica como um fenômeno essencialmente fenomenológico, em vez de reduzi-la apenas aos aspectos sintomatológicos ou classificatórios. Com isso, propõe-se um cuidado que valoriza tanto o processo de estruturação quanto a presença junto ao sujeito em sofrimento, independentemente da intensidade desse sofrimento (Costa, 2003). Assim, o sofrimento psíquico grave deve ser compreendido considerando o sofrimento como uma dimensão fundamental da experiência humana, em que o psíquico não se limita ao aspecto orgânico, mas envolve também o campo do afeto. O termo 'grave' destaca a intensidade desse sofrimento e o fato de, geralmente, ser de difícil manejo pelas vias convencionais (Costa 2013).

Portanto, uma discussão substancial aqui feita é a mudança do construto para ser possível ressignificar o olhar do profissional para os seus pacientes e lembrar que a “crise não é nem um diagnóstico nem pressupõe uma terapêutica delimitada previamente” (Costa 2013, p. 49), pois a crise não é apenas um quadro de risco, como de potencialidade de mudanças (Costa, 2013).

Em outras palavras, como ilustrado anteriormente, não há como negar que acompanhada possua uma diferença radical em seu funcionamento, embora as suas crises psicóticas anteriormente vividas, ou melhor, a sua vivência de um sofrimento psíquico grave não deva ser reduzida aos aspectos nosográficos e sintomatológicos.

Pois, quando isso ocorre, não é visto que na crise, além do risco, há também potências. Se considerássemos apenas o aspecto nosográfico, nenhuma intervenção teria sido realizada, já que Léia recebeu um diagnóstico e não é possível curá-lo, como afirma a medicina. Logo, não seria possível reduzir os delírios e internações psiquiátricas e melhorar a sua qualidade de vida, sequer cuidar dos seus afetos e desenvolver a socialização e demais atividades. Essa é justamente a importância de compreendermos não apenas o que é a crise psicótica, mas como entendê-la como sofrimento psíquico grave.

Sem o objetivo de alcançar uma verdade única a partir do relato de experiência exposto, sugere-se questionarmos o uso de uma terapêutica delimitada previamente - geralmente médica -, pois, mesmo sem internações psiquiátricas e contenções tem sido possível que Léia tenha qualidade de vida, dignidade e certa autonomia. E, embora o atual trabalho ainda seja um início de investigação por se tratar de apenas um estudo preliminar, já foi possível notar, através de uma breve retrospectiva histórica do caso clínico apresentado, a influência e potência de receber apoio, afeto e cuidado legítimos por um familiar e pela acompanhante terapêutica; de incentivo do desenvolvimento de habilidades; de parceria entre acompanhante terapêutica e familiar; de participar efetivamente do tratamento oferecido pelo CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de desmistificar o uso de uma forma exclusiva de tratamento em saúde mental foi alcançado, uma vez que foi demonstrada, apesar de brevemente, um pouco do tratamento através do AT. Portanto, conclui-se a necessidade de problematizarmos o tratamento ofertado aos que necessitam de ajuda, apoio, afeto e vínculo seguro e não apenas internação, contenção e medicação.

Como limites da pesquisa, temos apenas uma acompanhada, sem a possibilidade de testar o o tratamento não convencional em saúde mental, além da atual limitação de páginas. Por fim, como sugestão de pesquisas futuras, urge investigarmos como o olhar do profissional de saúde interfere diretamente em como será ofertado o atendimento, seja apenas nosográfico ou além, como sugerido.

REFERÊNCIAS

COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp, 2003.

COSTA, I. I. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: Em busca de parâmetros. In: COSTA, I. I. **Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave**. Curitiba: Juruá, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. As conferências de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p; 12-25, 2001.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. El Acompañamiento Terapéutico (AT): dispositivo de atención psico-social en salud mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 67-77, 2009.

Submetido em: 10/04/2025 | Aceito em: 30/06/2025 | Publicado em: 18/08/2025