

Cuidado multiprofissional à pessoa com transtorno mental na atenção primária à saúde: Relato de experiência

Multiprofessional care for people with mental disorder in primary health care: Experience report
Atención multiprofesional a personas con trastorno mental en atención primaria de salud: Reporte de experiencia

Recebido: 24/03/2024 | Revisado: 07/04/2024 | Aceitado: 09/04/2024 | Publicado: 12/04/2024

João Batista Silva Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0491-809X>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: j.filho87@hotmail.com

Pedro Henrique Magalhães de Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5185-7245>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: phenriquema@live.com

Francisco Antônio de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2236-7471>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: fantonio1989@hotmail.com

Luana Silva Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9204-8164>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: luanassousaodonto@gmail.com

Daniele Tomaz Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4538-4282>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: danipolisobral@gmail.com

Thaís Quixadá Fontenele

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6589-3864>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: thaisaquixada@gmail.com

Jéssica Lima Trindade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7983-0407>
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil
E-mail: jessicalimatrindade@gmail.com

Resumo

O cuidado multiprofissional destaca-se como uma estratégia que serve para fortalecer as ações de saúde mental, na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivou-se descrever a vivência prática de uma equipe de saúde relacionada à pessoa com transtorno mental, acompanhada pela APS, através de um estudo de caso. Tratou-se de um relato de experiência, dividido em: escolha e descrição do caso; aplicação da Estratificação de Risco em Saúde Mental; apresentação das ações da equipe multiprofissional. O médico atuou no tratamento medicamentoso; o psicólogo, na psicoterapia; a assistente social, na mediação de conflitos e na busca por benefício social; a odontóloga, no tratamento dentário; o enfermeiro, na organização dos serviços e orientações biopsicossocioculturais. Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que abordem a referida temática, a fim de disponibilizar resultados de vivências, que servirão para o surgimento de outras ações de saúde mental, na APS.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional; Família; Transtorno mental; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Multidisciplinary care stands out as a strategy that serves to strengthen mental health actions in Primary Health Care (PHC). The objective was to describe the practical experience of a health team related to people with mental disorders, monitored by PHC, through a case study. It was an experience report, divided into: choice and description of the case; application of Mental Health Risk Stratification; presentation of the actions of the multidisciplinary team. The doctor worked on the medication treatment; the psychologist, in psychotherapy; the social worker, in conflict mediation and in the search for social benefits; the dentist, in dental treatment; the nurse, in the organization of services and biopsychosocial-cultural guidelines. It is suggested that more studies be developed that address this topic, in order to provide results of experiences, which will serve for the emergence of other mental health actions in PHC.

Keywords: Multidisciplinary team; Family; Mental disorder; Primary Health Care.

Resumen

La atención multidisciplinaria se destaca como una estrategia que sirve para fortalecer las acciones de salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo fue describir la experiencia práctica de un equipo de salud relacionado con personas con trastornos mentales, acompañado por la APS, a través de un estudio de caso. Se trataba de un relato de experiencia, dividido en: elección y descripción del caso; aplicación de la Estratificación del Riesgo en Salud Mental; presentación de las acciones del equipo multidisciplinario. El médico trabajó en el tratamiento con medicamentos; el psicólogo, en psicoterapia; el trabajador social, en la mediación de conflictos y en la búsqueda de beneficios sociales; el dentista, en el tratamiento odontológico; el enfermero, en la organización de los servicios y orientaciones biopsicosocial-culturales. Se sugiere desarrollar más estudios que aborden este tema, con el fin de brindar resultados de experiencias, que sirvan para el surgimiento de otras acciones de salud mental en la APS.

Palabras clave: Equipo multidisciplinario; Familia; Trastorno mental; Atención Primaria la Salud.

1. Introdução

O transtorno mental surge com um distúrbio multifatorial, atingindo à pessoa em suas relações sociais, familiares e profissionais, o que exige um cuidado holístico e multiprofissional, que abarquem suas necessidades biopsicossocioculturais. Oliveira e Valença (2021) acrescentam o estigma relacionado ao transtorno mental, que permanece sendo associado à periculosidade e como algo que precisa ser afastado do convívio em sociedade, trancafiado em suas próprias casas ou instituições de longa permanência, como asilos ou hospitais psiquiátricos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) funciona como uma estratégia que visa à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e outros agravos. É a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora do cuidado e ordenadora dos demais serviços de saúde, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Deve discutir, planejar e executar ações coletivas e descentralizadas, definidas a partir de um diagnóstico situacional, que atendam a demandas legítimas e necessidades psicossociais, utilizando-se uma cooperação multiprofissional e intersetorial (Pereira, 2022).

A RAPS foi desenvolvida e passou a ser implementada a partir da Reforma Psiquiátrica (RP), movimento de libertação de práticas violentas e segregantes, que isolavam pessoas com transtorno mental e as trancafiavam em ambientes com características asilares e institucionalizantes, os manicômios, devido uma suposta periculosidade, provada, em um momento posterior, ser inexistente. Após esse período nebuloso e obscuro, surgiram serviços substitutivos, com base comunitária, que focavam em ações subjetivas e individualizadas, respeitando-se a autonomia e os direitos da pessoa com transtorno mental. Movimentos contrarreforma surgiram nos últimos anos (2016-2019), mas, ainda assim, não apagaram os resultados benéficos da RP e das práticas desinstitucionalizantes, surgidas após (Mezza & Torrenté, 2020).

O cuidado multiprofissional baseia-se na construção coletiva de saberes, a partir de vivências práticas e troca de experiências, que serão compartilhadas com as pessoas assistidas, com o intuito de promover o fortalecimento da integralidade nas ações de saúde (Maroja et al., 2020). A RAPS uniu-se à APS para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam como redes comunitárias que atuam no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, trabalhando aos poucos para o desvencilhamento do modelo biomédico e a adoção permanente do modelo psicossocial (Farinhuk et al., 2021).

A equipe multiprofissional da APS é formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar ou técnico em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Conta com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de equipes de matriciamento, como as da RAPS. Atuam em conjunto a fim de promover práticas saudáveis, de autocuidado, empoderamento pessoal e de caráter transformador (Barreto et al., 2019).

A pessoa com transtorno mental pode ser acompanhada na APS, em casos leves e moderados, pela equipe multiprofissional. A medicina atua com o tratamento psicoterápico; a enfermagem, com a administração de medicamentos e orientações sobre a terapêutica aplicada; a odontologia, avaliação e condutas em saúde bucal, como retirada de tártaro, tratamento endodôntico e extração dentária, comum em pessoas com transtorno mental, devido práticas de higiene bucal deficitárias; e o

ACS, servindo como elo, ponto de apoio, entre usuários e o serviço de saúde. Santos (2019) complementa afirmando ser necessário seguir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), como: acolhimento, escuta qualificada, manutenção da ambiência, valorização do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia das pessoas e coletividade, além da defesa do direito a uma saúde digna e de qualidade.

Ferramentas podem ser utilizadas no cuidado em saúde mental, na APS, como o Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM), que serve para definir o grau de risco, através da descrição de determinadas condições psicossociais, e o tipo de acompanhamento necessário para cada quadro clínico. Baixo risco são aqueles com diagnóstico conhecido, tratado, estável, com uma boa rede de apoio e relações sociais, sem condições crônicas associadas. Médio risco é definido por quadros instáveis, com suporte e relações fragilizadas, além de condições crônicas associadas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, outras). Alto risco é caracterizado, principalmente, por situações de crise (agitação psicomotora, surto psicótico, auto ou heteroagressividade). Pessoas com transtorno mental leve podem ser acompanhadas, apenas, pela APS, na UBS de sua área de abrangência. Aquelas com transtorno mental moderado, além da APS, precisam do suporte da RAPS, disponibilizado pela equipe de matriciamento. Os quadros graves de transtorno mental devem ser acompanhados, preferencialmente, pela RAPS (enfermaria psiquiátrica em hospital geral e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), até que a agudização dos sinais e sintomas sejam controlados e o quadro permaneça estabilizado (Paula, 2019).

O estudo propõe-se responder a determinadas questões norteadoras das ações em saúde: qual o tipo de transtorno mental e o risco associado? Existe suporte familiar? Como se encontram as relações sociais? Como a Estratificação de Risco em Saúde Mental pode contribuir para as ações da equipe multiprofissional, na APS? Assim, objetiva-se descrever a vivência prática do cuidado multiprofissional à pessoa com transtorno mental, acompanhada pela APS, através de um estudo de caso.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, baseado em um estudo de caso, de uma pessoa com transtorno mental, acompanhada pela equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS), em conjunto com a equipe de matriciamento em saúde mental, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foi realizado no mês de maio de 2023, na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na sede do município de Sobral, Ceará.

Relato de experiência consiste no registro de práticas vivenciadas, sejam essas oriundas de ensino, pesquisa ou extensão, com o intuito de gerar um conhecimento crítico e reflexivo, apoiado na teoria e no método (Mussi, Flores & Almeida, 2021). É uma ferramenta utilizada para garantir o aprimoramento de práticas profissionais e propor mudanças, quando necessárias, além de promover o intercâmbio de ideias e experiências, que podem servir de parâmetro para demais ações interventivas e educacionais, melhorando o trabalho em saúde (Ferla et al., 2021).

O relato de experiência foi dividido em etapas, para melhor entendimento e desenvolvimento. A primeira foi a escolha do caso a ser explorado, decidida em conjunto, após conversa com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A segunda foi a descrição do caso, contendo informações sobre antecedentes familiares, internações, tratamentos prescritos e relações interpessoais. A terceira mostrou a Estratificação de Risco em Saúde Mental, realizada através de um questionário. A quarta consistiu na apresentação das ações da equipe multiprofissional no cuidado à pessoa com transtorno mental.

O relato de experiência obedeceu à resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Novoa, 2014). Os princípios éticos foram respeitados, a fim de direcionar e respaldar a conduta do pesquisador. O estudo foi detalhado, minuciosamente. Os participantes puderam escolher a qualquer momento se continuariam ou não no estudo (autonomia). A descrição de experiência vivenciada intentou ajudar na promoção de outras ações exitosas (beneficência). Os riscos foram minimizados a fim de preservar os participantes de eventuais danos, como a divulgação de informações sigilosas (não-maleficência). O estudo apresentou uma linguagem acessível e preservou o direito dos participantes

(justiça). Os devidos passos foram seguidos e tudo foi realizado de acordo com o assentimento e consentimento livre e esclarecido dos participantes (pessoa-índice e familiar responsável).

3. Resultados e Discussão

JBO (pessoa-índice), 28 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, aposentada por invalidez, recebendo Benefício de Prestação Continuada (BPC); pais falecidos, mora com irmã (LBO), cunhado e sobrinho; nascida e criada no município de Sobral, Ceará. LBO é responsável legal pelo cuidado de JBO; história familiar de transtorno mental; destaca que irmã era saudável, sem sinais e sintomas psíquicos, até os quinze anos; realizava serviços de cabeleireira com destreza e competência, realizava afazeres domésticos, cuidava dos pais idosos, proativa, comunicativa, boa relação interpessoal.

JBO começou a apresentar instabilidade emocional, após a morte dos pais (2010): sinais e sintomas negativos (tristeza, choro fácil, isolamento social, angústia, problemas de sono), que se alternavam com sinais e sintomas positivos (raiva, heteroagressividade, agitação psicomotora, euforia, logorreia). Além dos sinais e sintomas citados, JBO passou a descuidar-se da aparência, da higiene e não mais auxiliar nas tarefas do lar. Os cabelos que antes eram arrumados e bem cuidados passaram a ficar desgrenhados e com sujidade. Os dentes desenvolveram cáries e terminaram decompostos, devido a não manutenção periódica. JBO ficava longos dias sem tomar banho; saía de casa com roupas amassadas, sobrepostas, maltrapilha. Com seu estado psíquico piorada e capacidade funcional prejudicada, passou a ser acompanhada pelos serviços de reabilitação psicossocial do município, que fazem parte da chamada Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM).

A RAISM surgiu em julho de 2000, após o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, hospital psiquiátrico com características manicomiais. Conta com os serviços substitutivos: CAPS 2 Damião Ximenes Lopes, para acompanhamento de transtornos mentais severos e persistentes; CAPS Álcool e outras Drogas, para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas; Serviço Residencial Terapêutico (SRT), direcionado a pessoas com transtorno mental sem vínculos familiares; Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, no Hospital Geral Dr. Estevam e um ambulatório de psiquiatria para cobrir regiões próximas, com ausência de serviços em saúde mental, localizado no Centro de Especialidades Médicas (CEM). Atua em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF), no município cearense, a fim de ofertar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, fortalecendo a Reforma Psiquiátrica (Sobral, 2020).

JBO começou a ser acompanhada no CAPS 2. O tratamento iniciou de modo intensivo (semanal), depois de três meses e com melhora do quadro psíquico, o tratamento passou a ser quinzenal. Foi internada inúmeras vezes na UIP, devido falha no tratamento prescrito e fragilidade no suporte familiar. JBO e sua responsável legal apresentavam constantes conflitos relacionais. JBO fazia acusações delirantes, não baseadas na realidade, dizia que estava sendo abusada sexualmente por LBO e seu companheiro, não fazia uso dos medicamentos prescritos, pois achava que seria envenenada. As brigas eram constantes, com as forças policiais sendo envolvidas, em alguns momentos, ocasionando estresse entre os vizinhos.

JBO foi diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), após um ano de acompanhamento psicossocial. TAB é uma doença crônica e recorrente, caracterizada por oscilações de humor, depressão e mania (euforia, tipo 1; hipomania, tipo 2); relacionada a aspectos genéticos, psicossociais e ambientais; considerada uma das mais graves e prevalentes e que costuma apresentar uma ocorrência chamada porta-giratória, ciclo recidivo internação-alta-internação (Enes et al., 2020).

Os anos de convivência com uma doença crônica podem causar inúmeras limitações em processos cognitivos e de autocuidado, prejudicando a independência e autonomia da pessoa com TAB. O transtorno citado inicia-se, comumente, na juventude, antes dos 25 anos de idade, e quando se prolonga por anos a fio termina por resultar no comprometimento das funções cerebrais, atrapalhando a vida social, afetiva e profissional (Moura et al., 2019).

Refletindo sobre as relações entre JBO e LBO, sua irmã e cuidadora, percebe-se a importância da compreensão sobre as mudanças de comportamentos existentes entre pessoas acometidas por TAB. Vasconcelos et al. (2020) destacam como fundamental o apoio do familiar cuidador, realizando uma escuta qualificada, incluindo a pessoa cuidada em atividades cotidianas e de confraternização, com vizinhos e demais familiares. Os autores, também, entendem que o familiar cuidador deve dispor de momentos individuais e de autocuidado, a fim de evitar desgaste emocional e possível sobrecarga. Entre os maiores desafios listados por familiares cuidadores estão: alterações de humor e sintomas psicóticos persistentes, o que torna o convívio social difícil e alimentam discursos associados à periculosidade da pessoa com transtorno mental.

O Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM) foi criado como uma ferramenta para fundamentar o trabalho da RAISM, no município de Sobral, Ceará. É relativamente recente; deve ser utilizado pela equipe multiprofissional para organizar a linha de cuidados em saúde mental. Configura-se como um recurso terapêutico que atua em conjunto com a clínica ampliada a fim de determinar as melhores condutas e elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O QERSM alia a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Secundária, representada pela RAISM, para unificar as ações de saúde em benefício das pessoas com transtorno mental; aproxima o profissional do usuário do sistema, com o intuito de compreender a realidade de cada um e identificar as demandas de intervenção em saúde mental (Paula, 2019).

O QERSM é um instrumento dinâmico, com dados objetivos e subjetivos, que avalia o quadro de saúde mental da pessoa, no momento, e serve para nortear as ações da equipe de saúde da RAISM. Dividido em duas partes. A primeira refere-se aos dados de identificação, como o nome, número do cartão nacional de saúde (CNS), data de nascimento, idade, telefone para contato; e, também, a Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente e o nome dos profissionais que fazem o acompanhamento (Agente Comunitário de Saúde – ACS, enfermeiro, profissional de referência no território; além do diagnóstico psiquiátrico, se existe suporte familiar, cuidador e seu grau de parentesco e se existe alguma condição crônica de saúde associada. A segunda configura-se como a aplicação da Estratificação de Risco em Saúde Mental, que consiste em assinalar as informações referentes a cada caso investigado. A partir da estratificação, os casos são divididos em graus de risco: baixo, médio e alto (Paula, 2019). Essas informações podem ser visualizadas abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Apresentação da Estratificação de Risco em Saúde Mental. Sobral, Ceará, Brasil, 2023.

Grau de risco	Descrição da condição psicossocial	Local e equipe responsável pelo acompanhamento
Baixo	Condição de saúde mental (ou pessoas dependentes de álcool e outras drogas) conhecida pela equipe de referência	Atenção Primária no Centro de Saúde da Família (CSF)
	Diagnóstico conhecido	
	Com suporte familiar	
	Autonomia	
	Autocuidado	
	Com teia de relações sociais (escola, trabalho, lazer, grupos sociais, outros)	
	Sem outra condição crônica de saúde	
Médio	Sem gestação/puerpério associados	Atenção Primária e matriciamento no CSF
	Condição de saúde mental (ou pessoas dependentes de álcool e outras drogas) conhecida pela equipe de referência	
	Diagnóstico desconhecido	
	Sem suporte familiar	
	Sem autonomia	
	Sem autocuidado	
	Sem teia de relações sociais (escola, trabalho, lazer, grupos sociais, outras)	
	Com outra condição crônica de saúde de baixo e médio risco	
Com gestação/puerpério associados		
Quadro psíquico instável: alterações das funções psíquicas (sensopercepção, pensamento, juízo crítico da realidade, linguagem, memória, orientação, consciência), comportamentais ou fisiológicas (sono, fome, outras)	Atenção Primária e matriciamento no CSF	
Ideação suicida sem planejamento		

Ruim	Com outra condição crônica de saúde de alto risco	Atenção Primária no CSF; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); hospital
	Com gestação/puerpério associados que impliquem em riscos para a gestante ou para o bebê	
	Quadro psíquico instável: alterações das funções psíquicas (sensopercepção, pensamento, juízo crítico da realidade, linguagem, memória, orientação, consciência), comportamentais ou fisiológicas (sono, fome, outras), gerando transtorno ou sofrimento a si	
	Ideação suicida com planejamento	
	Situação de crise (agitação psicomotora, surto psicótico, auto ou heteroagressividade)	
	Quadros de abstinência de álcool e outras drogas	

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) de JBO foi realizada e o grau de risco do transtorno mental da mesma foi considerado médio, a partir das informações averiguadas no momento da entrevista. JBO dispõe de um suporte familiar fragilizado (a irmã é casada, responsável pelo cuidado do filho menor de idade e dos afazeres domésticos, e por isso não pode fornecer a atenção que JBO precisa e merece, fora a relação conturbada de ambas); sem autonomia e autocuidado (higiene precária, não consegue administrar o próprio salário); além de um quadro psíquico instável (pensamentos acelerados, logorrea e delírios persistentes de grandeza e de perseguição).

O conhecimento do risco apresentado por JBO foi fundamental para ser traçado um PTS, com ações programadas de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico, odontóloga, ACS, em conjunto com profissionais do matriciamento em saúde mental (psicólogo, assistente social). O PTS é uma ferramenta construída para melhorar as ações de cuidado em saúde. É importante na reabilitação psicossocial, criando estratégias de abordagem da pessoa com transtorno mental e o seu entorno (família, comunidade). Aborda a singularidade do usuário do sistema de saúde, utilizando a atenção, escuta, observação a fim de diagnosticar as necessidades individuais (Oliveira et al, 2021).

O PTS traz como resultados o cuidado compartilhado, a formação de vínculos e a clínica ampliada. Articulam-se saberes e práticas interdisciplinares a fim de se atingir a integralidade das ações de saúde. Promove a corresponsabilidade entre os atores envolvidos no cuidado, possibilitando autonomia e produção de saúde humanizada e resolutiva. A clínica ampliada envolve reconhecer o usuário do serviço de saúde como um ser complexo, com necessidades biopsicossocioculturais, trazendo inúmeras possibilidades de intervenção, o que viabiliza uma terapêutica eficaz (Zubiaurre et al, 2023).

As ações da equipe de saúde foram divididas durante a semana, com horários pré-estabelecidos. O médico atuou prescrevendo medicamentos psicotrópicos (estabilizador de humor, ansiolítico e antipsicótico), a fim de melhorar os sintomas apresentados (heteroagressividade, agitação psicomotora, delírios). O psicólogo passou a acompanhar os familiares de JBO, principalmente, a irmã LBO, cuidadora principal, realizando sessões de psicoterapia, com intuito de melhorar a sobrecarga familiar subjetiva (estresse, irritabilidade, impaciência). A assistente social auxiliou a família na mediação de conflitos existentes e na aquisição do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Pereira (2020) descreve o BPC como um recurso que assegura o recebimento de um salário mínimo à idosos ou pessoas com necessidades especiais (física, mental, intelectual ou sensorial), impossibilitadas de inclusão e manutenção no mercado de trabalho. Demorou alguns meses para JBO receber o benefício, devido percalços burocráticos e comprovações exigidas, mas o mesmo foi concedido.

A odontóloga traçou um plano de cuidados odontológicos, direcionado à JBO: orientações de higiene bucal e escovação supervisionada; raspagem e alisamento radicular em duas sessões, profilaxia e aplicação de flúor; adequação de meio bucal (restauração de dentes com lesões cáries, utilizando o ionômero de vidro); realizar troca de restaurações por material definitivo (resina composta). Ressalta-se o uso de terapêutica medicamentosa para controle de ansiedade, previamente ao atendimento odontológico, caso seja necessário. Ramirez et al. (2022) ressaltam que a higiene bucal de pessoas com transtorno mental pode ser afetada tanto por uma deficiência no autocuidado, como pelo uso prolongado de medicamentos psicotrópicos, associado, em alguns casos, ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabaco. Destacam, também, que a exclusão da pessoa com transtorno

mental dos espaços da vida cotidiana, devido a estigmas e preconceitos, pode atrapalhar o acompanhamento em saúde bucal, uma das bases do cuidado entre quaisquer usuários dos serviços de saúde.

O enfermeiro propôs prescrições e intervenções à JBO e sua cuidadora (LBO), a partir dos diagnósticos de enfermagem encontrados: administração de medicamentos; assistência no autocuidado; escuta ativa; orientação para realidade; controle do humor; intervenção na crise; promoção do envolvimento e da integridade familiar; aconselhamento e apoio emocional; estabelecimento de limites e metas mútuas; visitas domiciliares para acompanhamento do caso. As condutas descritas, anteriormente, foram baseadas nas orientações de Butcher et al. (2020).

O PTS trouxe, através de discussões interdisciplinares, uma proposta de inserção no cuidado terapêutico de JBS: a Gestão Autônoma de Medicação (GAM), que significa aproximar a pessoa com transtorno mental do tratamento prescrito, da responsabilidade no manejo dos medicamentos prescritos, a fim de promover a autonomia, o empoderamento e o autocuidado. A equipe percebeu que JBS dispunha dos atributos necessários para introdução e manutenção dessa proposta: transtorno mental moderado, processo cognitivo estabilizado, vínculos familiares, minimamente, funcionais (Melo et al., 2023).

Assim, afirma-se a necessidade de foco e um maior investimento, material e humano, no cuidado multiprofissional, direcionado às pessoas com transtorno mental, em qualquer ambiente ou setor: primário, secundário ou terciário. Algumas ferramentas são essenciais para a abordagem da equipe multiprofissional, como demonstradas anteriormente: ERSM, PTS e GAM. A rotina estressante e a sobrecarga de trabalho podem ser empecilhos ou impasses para manutenção da terapêutica, que devem ser enfrentados e solucionados, a fim de se atingir um bem maior: a eficácia do cuidado em saúde mental.

4. Considerações Finais

O relato de experiência apresentado destaca ações de educação em saúde, com o intuito de promover a qualificação do cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) de um município da zona norte do estado do Ceará. Utilizaram-se recursos de aprimoramento do cuidado em saúde mental: Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), Projeto Terapêutico Singular (PTS), Gestão Autônoma da Medicação (GAM), associados a práticas já existentes, como o matriciamento, unindo-se as redes primária e secundária, em prol de um bem comum, a eficácia do tratamento direcionado às pessoas com transtorno mental.

A utilização do Questionário de Estratificação de Risco em Saúde Mental (QERSM) tornou-se necessária para o planejamento das ações de saúde mental, direcionadas à JBS. O matriciamento foi fundamental para a escolha do caso, junto com o olhar do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A partir do resultado e do diagnóstico situacional, traçou-se um PTS, que unificou o cuidado de uma equipe multiprofissional disposta a promover ações de saúde visando uma melhora e estabilização do quadro de saúde de JBS. Além disso, dispensou-se uma maior atenção à familiar cuidadora, investigando suas necessidades e realizando as devidas orientações, a fim de possibilitar a qualidade e eficácia do cuidado à pessoa com transtorno mental.

A equipe de saúde organizou-se com ações individualizadas e interdisciplinares, cada um com sua função específica e pensada em conjunto. O médico disponibilizou o tratamento medicamentoso. O psicólogo auxiliou com o tratamento psicoterápico e acompanhamento familiar. A assistente social tratou as questões econômico-sociais, através (benefício social, mediação de conflitos). A odontóloga traçou um plano odontológico que possibilitou a resolução de problemas dentários urgentes. O ACS contribuiu com a escolha de um caso complexo e carente de atenção, além da realização de visitas domiciliares, para acompanhamento dos resultados. O enfermeiro funcionou como um elo entre os outros profissionais e o caso-índice, auxiliando na organização e efetivação do plano de cuidados, realizando as orientações necessárias ao bom entendimento e, posterior, seguimento do mesmo, além de possíveis intervenções na crise.

O estudo apresenta algumas limitações: ações interdisciplinares, ainda, limitadas; fragilidade das relações paciente-profissional, paciente-família; dificuldade de adesão ao plano de cuidados; necessidade de uma integração maior entre os serviços primários e secundários, fortalecendo as práticas intersetoriais e promovendo a integralidade do cuidado.

Assim, compreende-se a importância do cuidado multiprofissional para a qualificação das ações de promoção e educação em saúde da APS. O PTS mostrou-se como uma ferramenta necessária para o planejamento e execução de práticas de saúde, aliado a instrumentos, como a ERSM e o GAM, que são eficazes e primordiais no cuidado em saúde mental. Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que abordem a referida temática, a fim de disponibilizar resultados satisfatórios de vivências, que servirão para o fortalecimento e de molde para o surgimento de outras ações de saúde na APS.

Referências

- Barreto, A. C. O., Rebouças, C. B. de A., Aguiar, M. I. F. de., Barbosa, R. B., Rocha, S. R., Cordeiro, L. M., Melo, K. M., & Freitas, R. W. J. F. (2019). Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 266–273.
- Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2020). *NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem (7ª edição)*. Editora Guanabara Koogan.
- Enes, C. de L., de Freitas, P. H. B., Duarte, S. J. H., Clementino, M. T. R., Pacheco, A. E., & Machado, R. M. (2020). Predição da adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar. *Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3489>.
- Farinhuk, P. dos S., Savaris, L. E., & Franco, R. S. (2021). Mental disorder and psychic suffering: social representations of primary health care professionals. *Research, Society and Development*, 10(3), e24010313267. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13267>.
- Ferla, A. A., Bueno, D., Machado, F. V., Pereira, M. D. G. A., & Bitencourt, R. R. (2021). Relatos de experiência e as articulações entre ensino, pesquisa e práticas profissionais. *Saúde em Redes*, 7(2), 05-09.
- Maroja, M. C. S., Fernandes, M. N. de F., & Almeida Júnior, J. J. de. (2020). Integralidade na formação: compreensão de orientadores e da equipe multiprofissional. *Revista do NUFEN*, 12(3), 176-197. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo80>.
- Melo, V. G., Nery, R. F., Campos, B. de P., de Souza, W. L., Azevedo, L. M., Cunha, V. N., Dornelas, E. H. B., Neves, M. L. de O., Ferreira, R. M. de O., & Arruda, H. S. (2023). Reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos mentais. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 10246–10252. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-147>.
- Mezza, M., & Torrenté, M. de O. N. de (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde Em Debate*, 44(spe3), 235–249. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>.
- Moura, H. D. D. S., Lira, J. A. C., Ferraz, M. M. M., Lima, C. L. S., & Rocha, Â. R. C. (2019). Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1-7.
- Mussi, Ricardo Franklin de Freitas, Flores, Fábio Fernandes, & Almeida, Claudio Bispo de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 60-77.
- Novoa, P. C. R. (2014). O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. *einstein (São Paulo)*, 12(1), vii-vix. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>.
- Oliveira, G. C. D., & Valença, A. M. (2021). Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. *Saúde e Sociedade*, 29, e190681.
- Oliveira C. A., Fonseca F. C. A., do Carmo J. C., Braga K. K. L., de Lima M. F., Mamed M. C. de O., do Vale R. L. T., Magalhães R. O., Baptista S. S. G., & Lopes G. de S. (2021). Projeto terapêutico singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5709. <https://doi.org/10.25248/reas.e5709.2021>.
- Paula, G. L. C. (2019). *Classificação de risco em saúde mental: Implicações clínicas, éticas e sócio-políticas*. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará. Sobral, Ceará.
- Pereira, J. C. S. (2022). *Como se dá a ordenação do cuidado das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental na Rede de Atenção de Psicossocial (RAPS): a partir de uma revisão integrativa*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Gestão em Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Pereira, S. L. B. (2020). Saúde mental e intersetorialidade: Reflexões a partir de demandas aos Assistentes Sociais. *SER Social*, 22(46), 72–98. https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.24947.
- Ramirez, L. J., Alcântara, R. A. de A., Guedes, J. L. B., Brandão, V. S., Vanderlei, A. D., & Ribeiro, M. C. (2022). Tratamentos odontológicos e transtorno mental: uma revisão integrativa sobre contextos, barreiras e possibilidades. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 3(12), e3122320. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i12.2320>.
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*, 1(2), 170-179.

Sobral (2020). Prefeitura de Sobral. Coordenadoria da Atenção Especializada. *Projeto Técnico: CAPS II – Damião Ximenes Lopes*. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Vasconcelos, R. O., Terra, M. G., Botega, M. D. S. X., Soccol, K. L. S., Girardon-Perlino, N. M. O., & Arnemann, C. T. (2020). A relação familiar com pessoas que possuem transtorno afetivo bipolar. *Rev Enferm UFSM*, 10(30), 1-18.

Zubiaurre, P. de M., Wasum, F. D., Tisott, Z. L., Barroso, T. M. M. D. de A., de Oliveira, M. A. F., & de Siqueira, D. F. (2023). O desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular na saúde mental: revisão integrativa. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 27(6), 2788–2804. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-041>.