

Projeto terapêutico singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência

Singular therapeutic project in interprofessional mental health care in primary care: experience report

Proyecto singular terapéutico en la atención interprofesional de salud mental en atención primaria: relato de experiencia

Recebido: 08/12/2020 | Revisado: 16/12/2020 | Aceito: 20/12/2020 | Publicado: 26/12/2020

Laryssa Kellen Pereira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0031-9866>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: plaryssa84@gmail.com

Aline Aparecida Costa de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4247-8486>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: alineaparecidacosta1@gmail.com

Luanne Marcelle Vaz Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9630-0010>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: luannemarcelly@gmail.com

Poliana Pereira de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8353-4881>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: polianasouza456@gmail.com

Julianny Rodrigues Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1746-7793>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: julianny.sique@gmail.com

Lucas Silva Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9651-9776>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: lucassd.med@gmail.com

Larissa de Almeida Rezio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0750-8379>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: reziolarissa@gmail.com

Marina Noli Bittencourt

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1660-3418>

Universidade Federal De Mato Grosso, Brasil

E-mail: marinanolli@hotmail.com

Linikhennia Silveira Blank Cassol

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4060-1113>

Prefeitura Municipal De Cuiabá, Brasil

E-mail: linikhennia@gmail.com

Resumo

O objetivo desse artigo é relatar a experiência de acadêmicos, profissionais da saúde e docentes na construção de um Projeto Terapêutico Singular com uma pessoa em sofrimento mental, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência do processo de construção de um Projeto Terapêutico Singular utilizando o referencial da atenção psicossocial e da reabilitação psicossocial, com a participação da usuária e sua família, discentes de medicina e enfermagem, docentes, equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e da equipe do Centro de Atenção Psicossocial do território da usuária. O Projeto Terapêutico Singular considerou as singularidades e o contexto social da usuária, gerando a integração dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, e um cuidado colaborativo, dialogado e psicossocial. Portanto, o Projeto Terapêutico Singular permitiu o cuidado e reabilitação psicossocial de uma usuária com sofrimento mental e o fortalecimento do trabalho interprofissional em um serviço da atenção primária.

Palavras-chave: Saúde mental; Assistência à saúde mental; Estratégia de saúde da família; Educação interprofissional.

Abstract

The objective of this article is to report the experience of academics, health professionals and teachers in the construction of a Singular Therapeutic Project with one person in mental suffering, in the context of Primary Health Care. It is an experience report about the process of construction of a Singular Therapeutic Project using the reference of psychosocial care and

rehabilitation, with the participation of the user and her family, medical and nursing students, teachers, Health Strategy team Family (ESF), and the team of the Psychosocial Care Center in the user's territory. The Singular Therapeutic Project considered the singularities and the social context of the user, generating the integration of the services of the Psychosocial Care Network, and a collaborative, dialogical and psychosocial care. Therefore, the Singular Therapeutic Project allowed the care and psychosocial rehabilitation of a user with mental suffering and the strengthening of interprofessional work in a primary care service.

Keywords: Mental health; Mental health assistance; Family health strategy; Interprofessional education.

Resumen

El propósito de este artículo es reportar la experiencia de académicos, profesionales de la salud y docentes en la construcción de un Proyecto Terapéutico Singular con una persona en sufrimiento mental, en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Estudio cualitativo, del tipo relato de experiencia del proceso de construcción de un Proyecto Terapéutico Singular en el marco de la atención psicosocial y la rehabilitación psicosocial, con la participación de la usuaria y su familia, estudiantes de medicina y enfermería, docentes, el equipo de Estrategia Salud de la Familia (ESF) y el equipo del Centro de Atención Psicosocial del territorio del usuario. El Proyecto Terapéutico Singular consideró las singularidades y el contexto social del usuario, generando la integración de los servicios de la Red de Atención Psicosocial, y una atención colaborativa, dialógica y psicosocial. Por tanto, el Proyecto Terapéutico Singular permitió la atención y rehabilitación psicosocial de un usuario con sufrimiento mental y el fortalecimiento del trabajo interprofesional en un servicio de atención primaria.

Palabras clave: Salud mental; Atención a la salud mental; Estrategia de salud familiar; Educación interprofesional.

1. Introdução

Após mais de 100 anos da construção do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, e no período de redemocratização brasileira, o movimento social da Reforma Psiquiátrica (RP) - composto por familiares, pacientes e profissionais de saúde, surge junto ao movimento sanitário da década de 70, em resposta e denúncia ao cenário de violência que se encontrava a assistência psiquiátrica no Brasil (Amarante & Nunes, 2018).

A RP é um processo político e social complexo e contínuo, envolve mudanças sociais profundas, com proposição e implementação de novas políticas públicas, práticas assistenciais e novos conceitos formativos, voltados para o âmbito técnico-assistencial, teórico-conceitual, jurídico-político e sociocultural (Amarante, 2013). Evocando um novo olhar para o sujeito em sofrimento mental, não mais baseado na exclusão social e hipermedicalização, mas no incentivo à autonomia, reinserção social, com agregação de maior participação social (Amarante, 2013; Brasil, 2016).

A Política Nacional de Saúde Mental foi instituída por meio da Lei n. 10.216 (2001), no entanto, somente em 2011 que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi implementada por meio da Portaria n. 3.088 (2011). A RAPS busca promover o protagonismo dos usuários em seu processo de reabilitação psicossocial, ao criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016). Para tanto, é necessário que outros serviços e dispositivos façam parte do processo de cuidado e acompanhamento do sujeito em sofrimento mental no seu território e no seu contexto de vida.

Dentre os componentes da RAPS, tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS), com a Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, constituída por uma equipe multiprofissional, que tem por objetivo reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a APS (Brasil, 2017). Assim, sua importância se mostra neste primeiro contato com o paciente, ao resgatar sua autonomia, direcionando o cuidado e ações nos territórios dos sujeitos e fortalecendo seu protagonismo.

Dessa forma, a APS é de grande importância no cuidado à saúde mental dos indivíduos, pois visa a atenção integral e o acompanhamento contínuo, com ações direcionadas não apenas às necessidades individuais, mas também às necessidades das coletividades, o que auxilia na redução de preconceitos, e fortalece o cuidado universal em saúde. Ademais, a ESF pode articular ações com outros componentes da RAPS, para prestar um cuidado mais singular e territorial ao sujeito.

Para tanto, o principal instrumento de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde que compõem a RAPS, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual representa um conjunto de condutas terapêuticas destinadas ao indivíduo, família ou coletividade, que tem por objetivo delinear estratégias para o paciente, possibilitando que ele possua maior autonomia em seu cuidado (Carvalho, Moreira, Rezio & Teixeira, 2012) e, cujas características principais são a valorização das singularidades do sujeito e a atuação da

equipe interdisciplinar com a finalidade de traçar cuidados articulados e direcionados para o contexto e demandas específicas de cada cenário. Conseqüentemente isso fortalece o modelo de atenção psicossocial, promove a autonomia, reinserção social e cidadania do sujeito e, possibilita desconstrução do modelo centrado na doença (Amarante, 2013; Saraceno, 2001).

Assim, quando ocorre a inserção de discentes nesses serviços, por meio de atividades práticas da graduação e atividades de extensão, há um fortalecimento na construção coletiva do PTS, passando o discente a adquirir a experiência do trabalho interprofissional para o cuidado integral ao paciente. Dentre os projetos de extensão, o Programa de Educação pelo trabalho para Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade tem impulsionado a integração ensino-serviço-comunidade para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e formação de profissional de alunos de diferentes cursos da saúde, que aprendem juntos a desenvolverem o trabalho colaborativo em saúde a partir dos elementos da Educação Interprofissional (Brasil, 2018).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos, profissionais da saúde e docentes na construção de um PTS com uma pessoa em sofrimento mental, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo relato de experiência. O relato de experiência busca descrever vivências que promove novas reflexões sobre um determinado fenômeno, que possa ser significativo para contribuir de forma relevante para a atuação profissional e comunidade científica (Santos, 2015).

2.2 Cenário do estudo

A experiência foi desenvolvida em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da prática vivenciada na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, articulada com as atividades e ações vinculadas ao PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental, com a participação de discentes do curso de enfermagem e medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, no período de dezembro de 2019 a abril de 2020.

2.3 Coleta dos dados

Os cuidados e acompanhamento foram direcionados por meio da construção do PTS, escolhido como estratégia de atendimento e condução do caso. O processo de construção aconteceu de forma coletiva e dialogada com a usuária, discentes, docentes, equipe da ESF, equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e família, em encontros semanais que se estenderam de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Nos meses de fevereiro a abril de 2020, ocorreram reuniões com profissionais da ESF e do CAPS, com presença de discentes e docente para discussão do caso e proposição de estratégias que atendessem às necessidades/demandas levantadas juntamente com a usuária. Também houve dois encontros com os profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para atender as demandas complexas do caso, que envolviam não só problemáticas referentes ao sofrimento vivenciado pela a usuária, mas também de sua saúde física e contexto de vulnerabilidade social que comprometiam o exercício de cidadania da usuária.

O acompanhamento foi direcionado a uma mulher adulta em sofrimento mental, cadastrada para tratamento no CAPS com suspeita de esquizofrenia.

2.4 Análise dos dados

Para analisarmos o contexto e história da usuária, construímos genograma e ecomapa. O genograma é uma estrutura gráfica que representa a conformação familiar e seus vínculos de afetividade (Costa, 2013), e o ecomapa possibilita visualizar e compreender as relações e interações entre os membros da família, sociedade e dispositivos sociais (Nascimento, Dantas, Andrade & Mello, 2014). Dessa maneira, a partir destas ferramentas de abordagem familiar foi possível adequarmos as intervenções e pensarmos em novas estratégias de acordo com o contexto social, singularidades e individualidades da paciente que foram apresentados e organizados em tabelas e figuras.

2.5 Referencial teórico-conceitual

Tivemos como perspectiva teórico-conceitual o modelo de atenção psicossocial e os princípios da reabilitação psicossocial, proposta por Saraceno (2001), que direciona o olhar para o sujeito, para além da doença, considerando sua constituição política, histórica e sociocultural, respeitando assim as singularidades do indivíduo e com o objetivo de devolver ao indivíduo sua cidadania e reintegrá-lo socialmente (Amarante, 2013; Saraceno, 2001) e a Atenção Centrada no Paciente (ACP), que busca promover um cuidado holístico, integral e de acordo com as necessidades em saúde do usuário (Agreli, Peduzzi & Silva, 2016).

As etapas de construção do PTS foram pautadas no referencial de Marcon, Rézio e Wunsch (2015), divididas da seguinte forma: Acolhimento; Avaliação biopsicossocial; Listagem de problemas e planejamento de metas e objetivos; Promoção da corresponsabilidade; e Reavaliação do projeto.

Apesar de dividirmos as etapas didaticamente para escrita do PTS, entende-se que elas acontecem concomitantemente, em que apenas a reavaliação do projeto é feita periodicamente a partir do alcance de algumas intervenções propostas. Nesse sentido, apesar de o acolhimento ser apresentado como o primeiro contato, a cada encontro, a usuária era acolhida.

2.6 Aspectos Éticos

Para atendermos os preceitos éticos, este relato não apresenta qualquer identificação da usuária, o que garante o anonimato dos dados, nosso objetivo é descrever a experiência do processo de desenvolvimento do cuidado em saúde mental de modo integrado e colaborativo.

Assim, considerando que se trata de um estudo de relato de experiência dos autores frente a condução de uma assistência, há dispensação de apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, para que se assegurassem os preceitos éticos na condução dessa assistência com a construção desse PTS junto com a usuária, e considerando Declaração de Helsing, a usuária deu sua autorização e participou ativamente da construção coletiva do seu PTS, e todos os preceitos éticos foram considerados nesse processo.

3. Resultados

3.1 Acolhimento

O primeiro contato dos discentes junto a usuária foi realizado no dia dois de dezembro de 2019, por meio da escuta terapêutica e postura acolhedora. Buscou-se recebê-la bem, com olhar empático, escuta atenta e reflexiva, assumindo postura ética. Observou-se nesse primeiro momento que a usuária era pouco comunicativa, mas concordou em prosseguir com a entrevista.

O desenvolvimento e fortalecimento do acolhimento foi possível devido o compartilhamento de informações pela equipe da ESF, que solicitou aos discentes a construção do PTS com a usuária, para trabalhar as suas necessidades e seu sentimento de pertença no local de moradia, já que havia indícios de negligência familiar.

A usuária era mulher, negra, analfabeta, solteira, criada pelos avós, pois foi rejeitada pelos pais. Seu pai possui outra família e sua mãe é alcoolista e reside sozinha. Teve uma filha em 2019, fruto de um relacionamento afetivo, porém os familiares não se responsabilizaram pela adoção, impedindo que a criança permanecesse com a usuária, sendo mantida em um abrigo.

A usuária utiliza psicofármacos desde a infância, porém, ela e os familiares não souberam referir quais eram. Identificou-se, em registros de prontuário, internação em hospital psiquiátrico e ter frequentado, por um curto período, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), informações confirmadas pela usuária e sua irmã em consultas e visitas domiciliares. Na adolescência os avós faleceram e, então, ela e a irmã decidiram morar juntas.

3.2 Avaliação biopsicossocial

Apesar de o objetivo inicial da construção do PTS ter sido direcionado pela equipe da ESF para o desenvolvimento do sentimento de pertencimento da usuária, durante os 11 encontros ocorridos após o acolhimento inicial, a avaliação biopsicossocial apontou outras necessidades não identificadas anteriormente.

A cada encontro, realizava-se o exame mental, por meio da avaliação das funções psíquicas e, o exame físico. Nos primeiros encontros, a usuária apresentava-se semblante

entristecido e postura encurvada, com olhar direcionado ao chão, ao longo dos encontros ela passou a direcionar o olhar para o entrevistador.

Em relação à inteligência, constatou-se evidências de déficit cognitivo pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Quanto ao seu juízo crítico, ela não sabia de seu diagnóstico, mas estava ciente da necessidade de acompanhamento e cuidado.

No exame mental, e nos registros do prontuário na ESF, identificou-se que a usuária também fazia acompanhamento no CAPS, portanto, buscou-se o contato com este serviço com a finalidade de esclarecer não só a incoerência dos diagnósticos, mas também organizar a história de vida da usuária - com a sua presença, para possibilitar o melhor cuidado, e fortalecer a articulação com os demais dispositivos da RAPS.

Assim, foi solicitado o matriciamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que teve ampla participação da equipe de ambos os serviços, além dos discentes de graduação e docente responsável pelas aulas práticas e pelas atividades do PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental. Este momento foi de grande importância para melhor compreensão e direcionamento do caso, bem como para aproximação entre as equipes dos serviços e, início de uma atividade de matriciamento e planejamento de ações em rede.

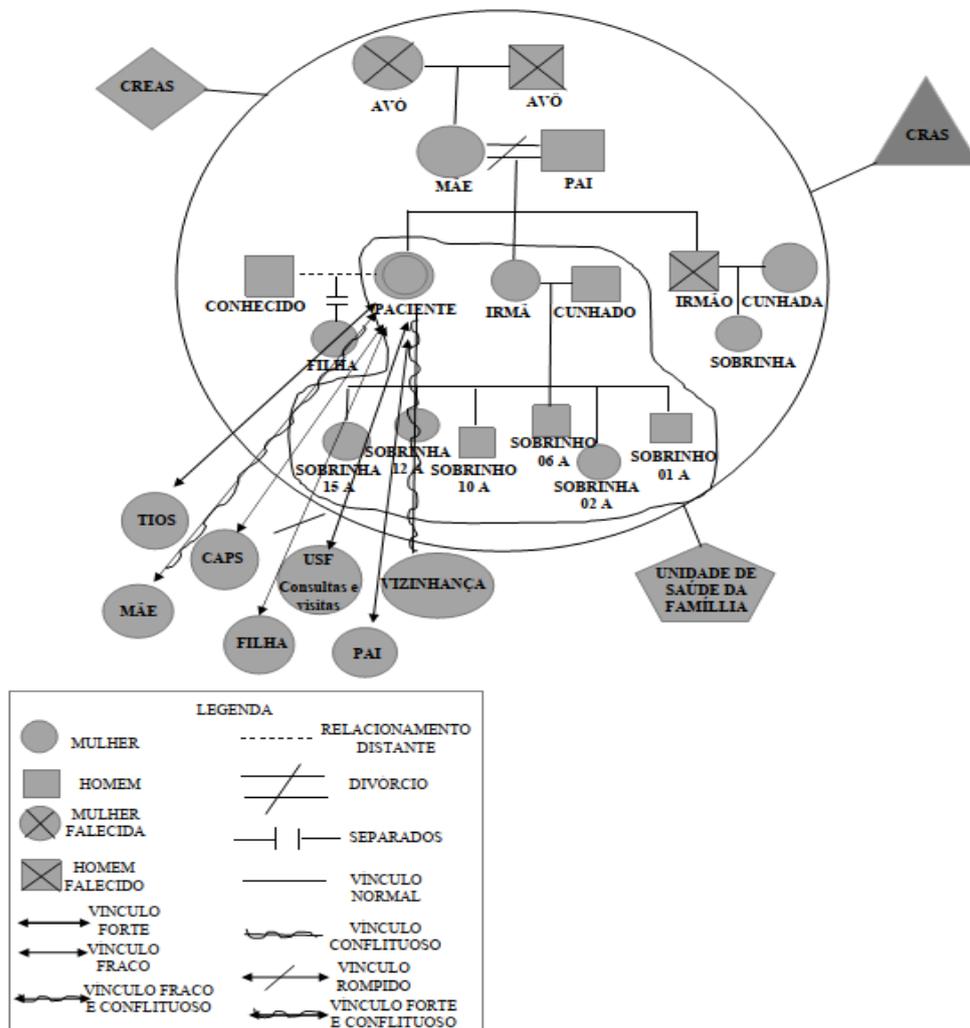
Na avaliação biopsicossocial, identificou-se várias características de vulnerabilidade social às quais a usuária estava exposta, ficando clara a natureza complexa da sua história, intrinsecamente ligada ao seu contexto social.

No decorrer dos encontros, ela demonstrou reconhecer seu sofrimento mental, seus problemas familiares, e seu percurso terapêutico. Foi observado um vínculo forte com o seu pai, e uma relação hostil com a madrasta. Identificou-se também vínculo frágil e conflituoso com sua mãe, irmã, sobrinhos e cunhado, e pouco contato com sua mãe (Figura 1).

O vínculo com a equipe da ESF, principalmente com a enfermeira, era muito forte, apesar de a usuária morar em área descoberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), ela frequentemente ia à unidade conversar e buscar medicações (Figura 1).

Outra problemática identificada, foi o estigma presente na comunidade local, manifestada por meio de atitudes ríspidas direcionadas à usuária, como agressões verbais e físicas (Figura 1).

Figura 1. Representação do genograma e ecomapa da paciente.



Fonte: Autores (2020).

A despeito disto, os discentes do curso de Enfermagem e os integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental, e a docente, realizaram uma panfletagem nos comércios do território de abrangência da ESF, para promover maior aproximação com a comunidade, e oferecer orientações e informações sobre saúde mental e serviços da RAPS da região. Esta ação buscou também desconstruir o estigma, para que a população facilitasse a reinserção social de usuários em sofrimento mental.

Em relação a questões de moradia, foi observado que a usuária vivia na casa de sua irmã, mas sem acesso ao interior da residência, e referiu dormir na parte externa da casa. Essa limitação prejudicava o seu descanso, higiene, e alimentação, uma vez que, os cômodos destinados a essas atividades não poderiam ser frequentados por ela.

Dessa forma, o contexto social refletia tanto um cenário financeiro precário, quanto em negligência da família em relação a usuária. O auxílio governamental (Benefício de Prestação Continuada - BPC) era de responsabilidade da irmã, a qual não o usava para satisfação das necessidades básicas da usuária. Por isso, a alimentação da usuária era restrita e, por vezes, ausente, e o medicamento prescrito, quando em falta na Rede, também não era comprado pela irmã, mas pela equipe da ESF. Em muitos encontros em que se abordava este assunto, a paciente ficava inquieta, irritável, chorosa e ansiosa.

A partir disso, foi realizado o primeiro contato com Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com o objetivo de elaborar um parecer sobre a situação social da paciente e pensar em intervenções coletivas, a partir de contato, acompanhamento contínuo, discussão e visita domiciliária em janeiro e fevereiro de 2020.

Pelo histórico de tratamento da paciente pautado no modelo biomédico-psiquiátrico, o medicamento sempre esteve presente em sua história como principal instrumento de trabalho dos serviços. Nesse sentido, ele sempre foi visto por ela como a única fonte possível de tratamento e segurança em momentos de crise, porém, durante o acompanhamento da usuária, identificou-se a não utilização do medicamento de uso contínuo por ela devido ausência de diversos psicofármacos na Rede, bem como a não realização de nenhum outro tipo de estratégia de cuidado, como inclusão da dela em grupos e/ou oficinas terapêuticas, por exemplo.

Em alguns momentos de maior agitação psicomotora e ansiedade, incluindo as situações de não uso do medicamento, percebeu-se que a utilização da música poderia ser um cuidado terapêutico para essas situações. Assim, foi proposto à usuária esta estratégia de cuidado, que fortaleceu a expressão de sentimentos/emoções, e a diminuição da agitação psicomotora e ansiedade. Esta atitude também possibilitou a construção de sua autonomia, pela busca da música e/ou identificação de outras estratégias que lhe fossem terapêuticas.

Um outro fator social que limitou o acesso da paciente aos serviços foi o transporte, pois ela não possuía o “Passe Livre”. Com isso, foi feito o contato com a Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana para solicitação do Passe Livre para a usuária, dada as suas necessidades e vulnerabilidades. E para que assim, a usuária como cidadã, tivesse a garantia do seu direito de ir e vir, e de exercer sua independência e autonomia.

3.3 Listagem de problemas e planejamento de objetivos e intervenções

Durante os encontros, e organização da anamnese e avaliação biopsicossocial, foram levantados os principais problemas/necessidades da usuária e, a partir deles, os discentes da graduação de enfermagem e do PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental, a docente, a usuária, e os profissionais da ESF planejaram as condutas terapêuticas, a partir dos objetivos a serem alcançados (Quadro 1).

Quadro 1. Listagem dos principais problemas e planejamento de objetivos e condutas terapêuticas.

Lista de problema	Objetivo	Condutas Terapêuticas
Vínculo conflituoso com a irmã e alguns conflitos familiares.	Identificar a origem do conflito para que a família, conjuntamente, consiga restabelecer o vínculo.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar visitas domiciliares para construção de vínculo com a irmã, buscando esclarecer o motivo dos conflitos;- Realizar visitas domiciliares a familiares importantes no processo de cuidado da paciente (pai, mãe e tios), para além de reaproximá-los do caso, poder compreender, esclarecer e fortalecer a rede de apoio da paciente;
Maus tratos dos moradores em relação a paciente.	Esclarecer e orientar a comunidade; Evitar/ impedir que moradores agridam usuários em sofrimento mental.	<ul style="list-style-type: none">- Oferecer para comunidade orientações sobre saúde mental e modelo de atenção psicossocial a serem realizadas de modo articulado com os acadêmicos do PET;- Utilizar folders e panfletos com informações claras e objetivas sobre a luta antimanicomial, o modelo de atenção psicossocial e serviços da RAPS;- Realizar grupo de sala de espera na USF, buscando acolher e esclarecer dúvidas, bem como dialogar sobre a luta antimanicomial e o modelo de atenção psicossocial;
Vulnerabilidade social: Alimentação inadequada; Local inadequado para dormir e para realizar suas	Restabelecer direitos sociais mínimos.	<ul style="list-style-type: none">- Esclarecemos a irmã da paciente acerca da necessidade de propiciar condições básicas de existência, como

<p>necessidades fisiológicas e higiene precária.</p>		<p>saúde e alimentação, que podem ser providas pelo BPC;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar contato com o pai da paciente, buscando informações acerca da troca da curatela para o pai ou outro familiar, além de esclarecer dúvidas referentes à dados da infância da usuária; - Realizar reunião e discussão com outros membros da família para propor que outro membro acolha a usuária como residente (tia materna) e assuma a curatela; - Contatar o CRAS e/ou o CREAS para que haja proteção social à usuária e a garantia de seus direitos como cidadã;
<p>Ausência das medicações na Rede e esquema medicamentoso não revisto de modo integrado com o CAPS.</p>	<p>Propiciar tratamento e acompanhamento dos medicamentos a partir da clareza dos sinais e sintomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar a disponibilização do medicamento na rede, para orientação a usuária e familiares; - Discutir com a enfermeira e médico da ESF sobre a possibilidade de revisão do esquema medicamentoso, pelo tempo de uso e pela ausência da medicação na Rede; - Propor a equipe e discentes a compra provisória do medicamento, até a disponibilização do mesmo na Rede; - Esclarecer quem possui a curatela da paciente para que o seu benefício seja utilizado também para a compra da medicação, caso não esteja disponível na Rede; - Discutir o caso em equipe para não só adequar o esquema medicamentoso, como também incluir e pensar com a usuária em outras estratégias de cuidado, como por exemplo, atividades grupais, de lazer, estudo, dentre outros; - Dialogar com a usuária a possibilidade de retomar seus estudos;
<p>Ausência de acompanhamento terapêutico adequado.</p>	<p>Clarificar a história, e diagnóstico médico, demandas/ necessidades singulares para propiciar acompanhamento adequado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar matriciamento entre CAPS e ESF, para clarificar informações, aproximar CAPS e ESF e propiciar suporte teórico e técnico-assistencial aos profissionais da ESF, de modo permanente; - Clarificar diagnóstico e compreensão

		de sinais e sintomas, assim como das necessidades da paciente, para que o tratamento e demais intervenções sejam readequadas. - Construir com a usuária sua autonomia em busca de outras estratégias terapêuticas.
Falta de acompanhamento ginecológico.	Garantir acompanhamento ginecológico na unidade.	- Solicitar que a ACS marcasse CCO para a paciente e para a sua irmã no dia 02/01/2020; - Propor que a enfermeira da unidade marque periodicamente consultas ginecológicas para ambas;
Mamas com peso e tamanho acima das características anatômicas.	Melhorar a qualidade de vida da paciente.	- Caso haja desconforto, desejo e prejuízo de sua saúde, solicitar que seja realizada avaliação das mamas para possível mamoplastia redutora, ou articular na Rede ações e atividades físicas que promovam a saúde da usuária, com fortalecimento muscular e orientação postural. - Encaminhar para avaliação postural com ortopedista ou solicitação de raio X pela ESF;
Limitação de acesso ao serviço devido às dificuldades com o transporte.	Garantir o direito da paciente de poder ir e vir.	- Contatar o MTU/SEMOB para a solicitação do passe livre para a paciente.
Higiene pessoal prejudicada.	Garantir que a paciente realize uma higiene pessoal adequada.	- Planejar um acompanhamento durante seu banho, com seu consentimento, para ensiná-la sobre a correta higiene da genitália e das outras partes do corpo, por meio de imagens e vídeos.

Fonte: Autores (2020).

Neste Quadro observa-se o planejamento de intervenções e propostas com base nas necessidades de cuidado em saúde da usuária apresentadas no (Quadro 1).

3.4 Reavaliação do projeto

A reavaliação do projeto consistiu em discutir com a paciente as repercussões do plano terapêutico em sua vida e seu bem estar. Dessa forma, novas demandas surgiram e precisaram

ser atendidas e, algumas ações levantadas precisaram ser adaptadas para potencializar o cuidado, apontando o PTS como um processo constante de construção e reconstrução.

Para a usuária as repercussões foram referentes aos aspectos sociais, familiares e de saúde. A usuária mudou-se para a casa da tia, porém ainda em condições vulneráveis, pois a usuária também dormia na área externa da casa, pela falta de cômodos suficientes para todos os habitantes.

Em relação ao desenvolvimento de sentimento de pertencimento da usuária ao bairro, compreendeu-se que este processo é lento e demanda ações contínuas na comunidade e na ESF. Portanto, buscou-se fortalecer a articulação entre ensino-serviço-comunidade e a intersetorialidade, com mais ações e orientações junto à população, em que percebeu-se abertura da população que, conseqüentemente, passou a acolher melhor a usuária.

Quanto aos dispositivos da RAPS, o CRAS notificou formalmente o Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) para dar continuidade no acompanhamento do caso, enquanto o CAPS, por meio do apoio matricial, fortaleceu a relação com a ESF, potencializando a compreensão de todos profissionais (CAPS e ESF) acerca do cuidado integral à pessoas em sofrimento mental, o qual integrou o cuidado aos aspectos psicoemocionais, sociais, e físicos do indivíduo, considerando seu contexto e território de vida.

Além disso, a musicoterapia e a escuta atenta e reflexiva mostraram-se ótimas formas de construção e fortalecimento do vínculo, para facilitar a discussão de modo compartilhado sobre outras estratégias de cuidado em saúde/ saúde mental à usuária, não centralizada na medicação.

4. Discussão

A construção do PTS foi realizada de modo coletivo e colaborativo, dialogando com a equipe da ESF, com discentes da faculdade de enfermagem e medicina de uma Universidade Pública da região Centro-Oeste e membros do PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental, o que possibilitou a construção de competências colaborativas, em que os atores envolvidos neste processo atuaram de forma compartilhada, interagindo, comunicando, trocando experiências e ideias, a fim de realizar um efetivo trabalho em saúde e proporcionar um atendimento integral frente às necessidades de saúde apresentadas pela usuária.

Dessa forma, por meio do desenvolvimento e construção coletiva do PTS, enquanto instrumento de cuidado, foi possível promover a Educação Interprofissional (EIP) e a prática

interprofissional, ou seja, a participação de diferentes profissionais e estudantes da área de saúde, ao compartilhar experiências e saberes, também aprenderam juntos interativamente, com a finalidade de o cuidado estar centrado nas necessidades e demandas da usuária (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013).

Os discentes também puderam vivenciar na prática a promoção e desenvolvimento do cuidado em saúde mental como elemento essencial para transformar o modo de viver das pessoas em sofrimento mental e, proporcionar mudanças nas ações de cuidado e na realidade social onde está inserida a usuária (Pereira et al., 2020), pautadas no modelo de atenção psicossocial, na reabilitação psicossocial da usuária e na ACP.

Ao realizar o cuidado centrado na usuária tem-se a possibilidade de desenvolver não só o trabalho interprofissional, mas também a compreensão de que a prática de cuidado não deve ser controladora de corpos, mas abrir para a construção de um campo comum de cuidado, em que nenhuma profissão específica domina, ou seja, reconhecer que há modos específicos de viver, e que os territórios são vivos e subjetivos (Seixas et al., 2019). Assim, é preciso legitimar a centralidade do cuidado nas demandas e necessidades de saúde das vidas em suas diferenças, potencializando e considerando as escolhas de cada usuário, de modo que possa compartilhar a produção de cuidados entre trabalhadores e usuários (Seixas et al., 2019).

Nessa perspectiva e, considerando o acompanhamento feito com a usuária em relação às suas demandas psicossociais, ao integrar dispositivos da RAPS na construção do PTS, como o CAPS e o CRAS, por exemplo, fortaleceu-se o arranjo organizativo de ações e serviços de saúde de diversas complexidades assistenciais, ampliando o acesso da usuária à RAPS e, garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, de forma que o cuidado acontecesse no território e de forma contínua e singular (Lima & Guimaraes, 2019), o que também possibilita a implementação da intersetorialidade, ao articular pessoas, diversos saberes e setores e dispositivos do território, para integrar e compartilhar ações, desejos e poderes, em que a potência está localizada no coletivo, tecido entre muitos “nós” capaz de produzir fluxos que fortaleça o cuidado, a atenção e a vida (Olschowsky, Wetzel, Schneider, Pinho & Camatta, 2014; Romagnoli, Amorim, Sousa Severo & Nobre, 2018).

O apoio matricial é uma importante estratégia de cuidado intersetorial e pauta-se na promoção de cuidado de modo compartilhado com vista na integralidade e na resolubilidade, por meio do trabalho interprofissional e suporte assistencial e técnico-pedagógico que pode ser realizado por um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB),

não existente na região da ESF, ou por um CAPS, o que portanto, permitiu a discussão conjunta e colaborativa do PTS da usuária, fortalecendo o modelo de atenção psicossocial (Silva, Monteiro, Machado & Santos, 2017), por meio da proposição conjunta de cuidados em saúde mental, a partir dos dilemas vivenciados pelos usuários em seu contexto e sua realidade social e integração de outros dispositivos, como o CRAS.

Essa aproximação dos discentes, profissionais e docentes ao contexto de vida da usuária também possibilitou a desconstrução de que o saber do profissional de saúde se sobressai ao saber do outro (a ser cuidado), a partir de questionamentos acerca do controle da vida do outro, que acontece, muitas vezes, velada em atos de cuidado (Seixas et al., 2019). A construção coletiva do PTS também possibilitou a desterritorialização de todos os envolvidos, por possibilitar um processo autoanálítico do cuidado e do trabalho desenvolvido pela equipe e em rede, criando espaços de relações mais horizontais, que compreenda a vida do outro na sua complexidade, com saberes e desejos próprios e, portanto, com clareza acerca da necessidade de dialogar e produzir o cuidado de modo compartilhado, deslocando discentes, docentes e profissionais do lugar de sabidos para o lugar de abertura ao outro, a outra perspectiva (Seixas et al., 2019).

Nessas discussões colaborativas, a análise do contexto em que a paciente vivia foi levantada como essencial, uma vez que a prevalência de sofrimento mental se relaciona com as condições sociais e econômicas dos indivíduos (Quadros, Laura, Quevedo & Gigante, 2016; Souza, Cunha, Pires, Gonçalves & Ribeiro, 2012). Dessa maneira, a implementação de ações que pudessem incidir sobre as suas condições de saúde, bem-estar e na construção do sentimento de pertença no local onde reside, com objetivo de reduzir iniquidades, permitiu um cuidado implicado no reconhecimento de determinantes estruturais tais como classe, gênero, raça/etnia, entre outros (Brasil & Reis, 2004).

Logo, buscar mecanismos que proporcionasse acesso pleno aos direitos, mostrou-se necessário para a promoção de saúde mental, uma vez que foi evidenciado vulnerabilidade social, por meio de múltiplos determinantes que estavam presentes no contexto da usuária, que a distanciava do acesso aos direitos mínimos de cidadania (Carmo & Guizardi, 2018), sendo estes, condições precárias de moradia, higiene e alimentação, e vínculo conflituoso com os familiares, que poderiam repercutir ainda mais em sua saúde/ sofrimento mental. Diante disso, é evidente que o direito à casa/ moradia e a necessidade de apropriação de condições de cidadania são essenciais para a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento mental.

No desenvolvimento e promoção do cuidado em saúde mental se faz necessário oferecer mecanismos como o acolhimento, a escuta terapêutica e a utilização da música, como

estratégia na assistência, visto que, a música pode ser uma forma de expressão e comunicação, sendo utilizado com a possibilidade de atenuar medos, tristeza, aborrecimento e também auxiliar no processo de conexão da pessoa em sofrimento mental com a realidade (Puchivailo & Holanda, 2014), assim como o acolhimento, que se materializa nas atitudes do cotidiano nas dimensões diálogo, postura e reorganização dos serviços de saúde, como uma diretriz contributiva à materialização dos princípios do SUS, por meio de bom relacionamento com a comunidade, vínculo, escuta terapêutica seguida de orientação (Guerrero, Mello, Andrade & Erdmann, 2013).

Para construção e fortalecimento do vínculo é necessário conhecer a história de vida de quem se cuida; implica em confiança mútua e pode ser ou não desenvolvido a depender do modo como se dá às relações entre trabalhadores/ discentes e usuários (Seixas et al., 2019). Assim, o vínculo só foi construído e fortalecido porque houve um exercício contínuo e consciente de uma relação simétrica como postura ética, em que as diferenças entre os sujeitos envolvidos não se constituíram em assimetria ou repulsa, mas em dissolução de fronteiras, a partir do reconhecimento da diferença e singularidade do outro (Seixas et al., 2019).

Quanto às diversas formas de violência direcionadas à usuária pela comunidade local, são comportamentos e atitudes construídos no imaginário popular, a partir da relação do sofrimento/ transtorno mental à periculosidade ou infantilização, que por muito tempo apresentou-se como modelo hegemônico de cuidado (Brasil & Reis, 2004). Ao considerar a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, entende-se que a luta antimanicomial não está direcionada somente a promulgação de leis, portarias e políticas públicas, ou restrita a formação teórica-conceitual e técnico-assistencial, mas envolve também o âmbito sócio-cultural, em que é necessário desconstruir mitos e símbolos criados e reforçados pelo modelo asilar/médico-psiquiátrico (Amarante, 2013), por meio de práticas na comunidade/ território.

A periculosidade e a infantilização ainda estão presentes no âmbito sociocultural e, mesmo com a atual Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, com propostas e ações contrárias ao modelo médico-psiquiátrico, as práticas manicomiais ainda estão presentes no cotidiano de trabalho, o que fragiliza a luta antimanicomial constante e permanente em todos os espaços.

Ao reavaliar o PTS, observou-se que muitas das necessidades levantadas em âmbito da assistência, da moradia, sentimento de pertença e das relações sociais tiveram repercussões no seu processo de reabilitação psicossocial, mostrando a importância de se traçar cuidados com a finalidade de promover a reinserção social do indivíduo à comunidade, garantir os seus direitos de ir e vir, de moradia, alimentação, saúde, educação e transporte (Saraceno, 2001).

A utilização do PTS para o cuidado à pessoa em sofrimento mental possibilitou o olhar para além do diagnóstico e alterações psíquicas, pois ao prever a integração e construção coletiva com diversos olhares (profissionais da saúde, discentes, docentes, usuária e família), foi possível que avançássemos na compreensão de que cuidado centrado na usuária só é possível se houver a compreensão e formação direcionada para a construção de um campo comum de cuidado, onde não haja controle, domínio, relação assimétrica ou hierárquica.

5. Considerações Finais

Este trabalho teve o objetivo de relatar a experiência de acadêmicos, profissional da saúde e docentes na construção de um PTS com uma pessoa em sofrimento mental, no contexto da Atenção Primária à Saúde, com resultados importantes para a articulação entre ensino-pesquisa-extensão e ensino-serviço-comunidade, ao integrar discentes da graduação do curso de enfermagem e medicina, membros do PET-Saúde Interprofissionalidade e saúde mental, equipe da ESF, usuária, família e demais componentes da RAPS.

A utilização do PTS apresentou-se como instrumento de trabalho que possibilitou uma ampliação do cuidado à usuária, considerando sua integralidade, a necessidade de interprofissionalidade, continuidade do cuidado de modo articulado e intersetorial, com foco nas singularidades e demandas do seu contexto, para ampliar o olhar e o cuidado, por meio da integração de diversas percepções e saberes (constituídos academicamente ou não), o que favoreceu o deslocamento da lógica instituída de centralizar o cuidado na “doença”, para ações direcionadas ao contexto real e singular da usuária, avançando na compreensão de que o sofrimento mental também é resultado de um cenário de vulnerabilidade social.

Além disso, foi possível aos discentes vivenciarem o que seria a promoção do cuidado em saúde mental e desconstrução de estigmas e preconceitos também presentes no imaginário social acadêmico.

Por fim, recomenda-se estudos futuros pautados no trabalho e educação interprofissional para o cuidado em saúde e saúde mental, tendo em vista a importância das práticas colaborativas desde a formação, mas também no cotidiano dos serviços de saúde, incluindo profissionais nas atividades desenvolvidas por discentes, fortalecendo o eixo ensino-serviço-comunidade. Além disso, novos estudos sobre PTS que fortalece o cuidado centrado nas necessidades singulares de cada sujeito.

Referências

Agreli, H. F., Peduzzi M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, 20(59), 905-916.

Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4a ed.). Rio de Janeiro, Rj: Fiocruz.

Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien saude colet*, 23(6), 2067-2074.

Brasil, C., & Reis, G. G. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial: Brasília*. Recuperado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde & Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE), Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial*. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015--.pdf>.

Brasil. *Edital nº 10, de 23 de julho 2018*. (2018). Dispõe sobre a seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade- 2018/2019. *Diário Oficial da União*. Recuperado de https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037.

Brasil. *Lei n. 10.216, de 6 de Abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art.

Brasil. *Portaria n. 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado de <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160>.

Brasil. *Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017*. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Recuperado de https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.

Carmo, M. E. D., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), 1-14.

Carvalho, L. G. P., Moreira, M. D. S., Rezio, L. A., & Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da Saúde*, 36(36), 521-530.

Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro(r): (re)descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, 5(2), 723-733.

Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.

Guerrero, P., Mello, A. L. S. F., Andrade, S. R., & Erdmann, A. L. (2013). O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 132-140.

Lima D. K. R. R., & Guimaraes J. A. (2019). Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde debate*, 43(122), 883-896.

Marcon, S. R., Rézio, L. A., & Wunsch, C. G. (2015). A construção do Projeto Terapêutico Singular para adolescentes usuários de substâncias psicoativas. In: Gaíva, M. A. M.,

organizadora. *PROENF- Saúde da Criança e do Adolescente- Atuação do Enfermeiro na Saúde mental infantil*. 9 ed. Porto Alegre, Artmed Panamericana, 09-34.

Nascimento, L. C., Dantas, I. R. O., Andrade, R. D., & Mello, D. F. (2014). Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. *Texto Contexto Enferm*, 23(1), 211-20.

Olschowsky, A., Wetzell, C., Schneider, J. F., Pinho, L. B. D., & Camatta, M. W. (2014). Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. *Texto & contexto enfermagem*, 23(3), 591-599.

Pereira S. S., Costa D. R. G. O., Santos F. S., Camargo C. A. C. M., Rosa W. A. G., Graciano C. S. M., & Ribeiro M. I. L. C. (2020). Experience report of a mental health care in an emergency care unit. *Research, Society and Development*, 9(8), 1-10.

Puchivailo, M. C., & Holanda, A. F. (2014). A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. *Rev Bras Musicoterapia*, 16(16), 122-142.

Quadros, L. D. C. M. D., Laura, H. C., Quevedo, L. D. A., & Gigante, D. P. (2016). Efeitos da mobilidade social na saúde mental de adultos: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 21, 443-448.

Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., & Zwarenstein M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), 1-22.

Romagnoli, R. C., Amorim, A. K. D. M. A., Sousa Severo, A. K., & Nobre, M. T. (2018). Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Revista Subjetividades*, 17(3), 157-168.

Santos, A. R. (2015). *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. (8a ed.) Rio de Janeiro: Lamparina.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (2a ed.), Belo Horizonte: Te Corá.

Seixas C. T., Baduy R. S., Cruz K. T., Bortoletto M. S. S., Slomp H., Jr. & Merhy E. E. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*, 23, 1-14.

Silva, D. G., Monteiro, F. S. C. T., Machado, C. D. S., & Santos, R. P. D. (2017). Estratégias em saúde mental no cenário da saúde da família: uma revisão integrativa. *Revista Mangaió Acadêmico*, 2(3), 69-75.

Souza, N. V. D. D. O., Cunha, L. D. S., Pires, A. D. S., Gonçalves, F. G. D. A., & Ribeiro, L. V. (2012). Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 232-240.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Laryssa Kellen Pereira da Silva - 16%

Aline Aparecida Costa de Souza - 15%

Luanne Marcelle Vaz Figueiredo - 14%

Poliana Pereira de Souza - 10%

Julianny Rodrigues Siqueira - 10%

Lucas Silva Dias - 10%

Larissa de Almeida Rezio - 10%

Marina Nolli Bittencourt - 10%

Linikhennia Silveira Blank Cassol - 5%