

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REINTEGRAÇÃO SOCIAL DE UMA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

Alda Kethellen Abreu Silva¹

Eliany Nazaré Oliveira²

João Walyson de Paula Cordeiro³

Laura Aguiar Rocha⁴

Maria de Jesus Honorato Alves⁵

1. Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Sobral, Ceará. Brasil. Apresentadora.
2. Enfermeira. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Sobral, Ceará. Brasil.
3. Graduando em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Sobral, Ceará. Brasil.
4. Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Sobral, Ceará. Brasil.
5. Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Sobral, Ceará. Brasil.

Introdução: A esquizofrenia é um transtorno mental grave e crônico, que afeta cerca de 1% da população mundial, com início geralmente entre o final da adolescência e o início da vida adulta. Caracteriza-se por uma complexa combinação de sintomas que podem incluir delírios, alucinações, pensamento desorganizado e prejuízos cognitivos, impactando significativamente a funcionalidade do indivíduo. No Brasil, estima-se que aproximadamente 2 milhões de pessoas convivam com esse transtorno, sendo que muitos desses indivíduos enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, adesão ao tratamento e suporte social¹. Essa dificuldade de acesso e suporte não ocorre de forma isolada, mas está inserida em um contexto estrutural mais amplo. A degradação dos serviços públicos de saúde, incluindo os serviços de saúde mental, e o retrocesso nas demais políticas sociais, são uma manifestação particular da ofensiva atroz contra os direitos sociais e trabalhistas e contra as liberdades democráticas. A degradação da vida, resultante da ampliação de várias formas de exploração, opressão e violências, deixa marcas indelévels na corporeidade, as quais mesmo as iniciativas medicalizadoras, cada vez mais generalizantes, não conseguem ocultar completamente². A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscou-se a substituição desse isolamento por uma rede territorializada de serviços comunitários, como os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS). O objetivo passou a ser o cuidado em liberdade, garantido pela Lei nº 10.216 de 2001. Contudo, como observado na prática cotidiana, a eficácia desse modelo depende da articulação entre a Atenção Primária e os serviços especializados, visando superar a mera medicalização e promover, de fato, a dignidade e a reinserção social do sujeito³. Seguindo essa lógica, a extensão acadêmica atua como um elo vital entre a universidade e a sociedade, moldando futuros profissionais que aliam competência técnica a uma postura ética e mediadora. Essa vivência prepara o aluno para ser um elemento construtivo no meio social, estimulando a troca entre diferentes culturas e saberes, o que se torna essencial para a construção de um cuidado humanizado e verdadeiramente inserido na realidade do usuário⁴.

OBJETIVO: Realizar cuidados em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde à pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, construído a partir das vivências de três acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem durante o acompanhamento de uma usuária em cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A atividade foi desenvolvida no contexto do módulo de Saúde Mental, ofertado no 7º semestre da graduação, com carga horária total de 120 horas, contemplando momentos teóricos e práticos. Desse total, 48 horas correspondem ao componente de extensão, de natureza obrigatória, realizado em cenários reais de prática, possibilitando a inserção direta das estudantes nos serviços de saúde do território. Realizado entre 03 e 18 de junho de 2025, no território do Centro de Saúde da Família Cleide Cavalcante Sales do Sumaré, em Sobral-CE. A metodologia baseou-se em visitas domiciliares sistemáticas e intervenções comunitárias fundamentadas na SAE. Para o diagnóstico situacional, utilizaram-se o Genograma, o Ecomapa e a Escala de Medida de Independência Funcional (FIM). Considerando o que foi apurado nas visitas e nos contatos com a rede, estabeleceram-se como metas: auxiliar na alfabetização, promover o convívio social na Estação da Juventude, estimular o raciocínio lógico e desenvolver habilidades psicomotoras. Em um primeiro momento, realizou-se visita para conhecer J.V. e sua dinâmica familiar, onde se percebeu o isolamento decorrente de evasão escolar precoce por bullying e uma rede de apoio restrita aos avós idosos. De acordo com recomendação do CAPS, a prioridade foi a articulação com a Estação da Juventude. A equipe levou o paciente ao local para atividades de pintura. Em visitas posteriores, inseriram-se atividades psicomotoras com bola e cones, comandos coordenados, uso de peças de montar e atividades lúdicas. A seguir, prepararam-se folhas com desenhos e operações matemáticas adaptadas. Na etapa final, trabalhou-se caligrafia e leitura de textos simples, além de brincadeiras competitivas com bola para fortalecer o vínculo e a autoconfiança.

RESULTADOS: A identificação do caso revelou um paciente de 22 anos, cuja trajetória é atravessada por severas vulnerabilidades psicossociais. Órfão de mãe, que possuía histórico

de transtorno mental e abuso de substâncias, e com pai desconhecido, o jovem residia com os avós maternos. A dinâmica domiciliar é tensionada pela presença de um tio usuário de drogas, cujas dívidas são quitadas pela avó por medo de represálias, comprometendo a estabilidade financeira e emocional do núcleo. O Genograma e o Ecomapa confirmaram um isolamento social profundo, onde os vínculos se restringem ao núcleo familiar. O trauma do bullying no ensino fundamental interrompeu o desenvolvimento do paciente, gerando um confinamento protetivo por parte dos avós. Durante o acompanhamento, observou-se uma falta de acompanhamento sistemático e multiprofissional por parte da rede de saúde. Além das visitas da Agente Comunitária de Saúde (ACS), outros profissionais do Centro de Saúde da Família (CSF) não realizavam ações regulares no domicílio, o que compromete significativamente a continuidade do cuidado e a identificação de demandas clínicas, sociais e psíquicas. A ausência de uma escuta qualificada e da presença ativa de uma equipe interdisciplinar dificulta a construção de vínculos terapêuticos e o planejamento de ações resolutivas. Soma-se a isso a falta de integração entre os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e o CAPS, evidente na comunicação fragmentada com a avó, que resultou na suspensão indevida da medicação antipsicótica. As intervenções produziram transformações visíveis, pautadas na construção de uma relação de confiança. Inicialmente, notou-se desconfiança por parte da avó, temerosa pela exposição do neto, mas a abordagem empática permitiu maior engajamento. Na Estação da Juventude, o paciente evoluiu da retração para a participação ativa. A atividade de pintura foi essencial para fortalecer o vínculo, proporcionando momentos de descontração e riso compartilhado, funcionando como um espaço seguro de expressão. As atividades com bola mostraram-se úteis para estimular a coordenação motora, o foco e o envolvimento corporal, favorecendo a quebra de barreiras emocionais de forma espontânea. No campo cognitivo, a aplicação de equações simples, leitura e caligrafia estimulou funções como atenção e memória. Embora o paciente apresentasse dificuldades ocasionais de concentração, a adaptação das propostas ao seu ritmo respeitou seus limites e indicou que o estímulo contínuo contribui para a manutenção e melhora das funções cognitivas. Diante dessa realidade, destaca-se a necessidade imperativa da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). A elaboração de um PTS com a participação ativa do paciente, da avó, dos profissionais do CSF e do CAPS seria fundamental para alinhar estratégias de acompanhamento, definir objetivos claros e propor ações de autonomia e reintegração social. Acrescenta-se, como evidências do processo de cuidado, a ampliação progressiva do vínculo terapêutico, expressa pela maior receptividade do paciente às abordagens propostas e pelo aumento de sua participação nas atividades desenvolvidas no território. Observou-se também maior interação social durante as ações na Estação da Juventude, redução de comportamentos de retraimento e maior responsividade às

intervenções lúdicas e cognitivas. No contexto familiar, identificou-se um movimento inicial de maior abertura da avó para o diálogo com a equipe, favorecendo a construção de uma relação de confiança e corresponsabilização no cuidado. Tais elementos indicam que a presença contínua da equipe no território, associada a práticas pautadas na escuta qualificada e na adaptação das intervenções às singularidades do paciente, contribui de forma significativa para o fortalecimento do cuidado integral e para o processo de reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A vivência no contexto da Atenção Primária à Saúde evidenciou, de forma contundente, a necessidade de uma assistência de enfermagem mais estruturada, contínua e articulada com os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A fragmentação do cuidado observada ao longo do acompanhamento reforça a urgência de estratégias que promovam a integralidade da atenção, superando práticas pontuais e desarticuladas. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) configura-se como uma ferramenta essencial, não apenas para organizar o cuidado técnico, mas também para ampliar a compreensão das necessidades do usuário e de sua família, considerando suas limitações, potencialidades e o contexto social em que estão inseridos. A construção do PTS possibilita a articulação entre diferentes atores e serviços, favorecendo a inclusão de dispositivos comunitários, como a Estação da Juventude, e ampliando as possibilidades de reinserção social. Nesse processo, a atuação da enfermagem assume papel estratégico, especialmente no que se refere à escuta qualificada, ao fortalecimento do vínculo terapêutico, ao acompanhamento da adesão ao tratamento e à educação em saúde, elementos fundamentais para a promoção do autocuidado apoiado e da autonomia do sujeito. Destaca-se, ainda, a importância da definição de um profissional de referência no território, capaz de garantir a continuidade do cuidado e mediar a inserção e permanência do paciente em atividades sociais e terapêuticas. Paralelamente, torna-se imprescindível o cuidado direcionado aos familiares cuidadores, sobretudo aos avós, por meio de suporte psicológico e orientações sistemáticas, visando minimizar a sobrecarga emocional e fortalecer o papel da família como parte integrante do processo terapêutico. Nesse contexto, ressalta-se a potência formativa do módulo de Saúde Mental, desenvolvido no 7º semestre da graduação, cuja estrutura integrada de atividades teóricas e práticas, aliada ao componente extensionista realizado em cenários reais de cuidado, possibilita a inserção direta das estudantes no território. Essa aproximação com a realidade concreta dos serviços e das famílias favorece a construção de um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, contribuindo para a formação de profissionais mais críticos, sensíveis e comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde. A vivência no módulo evidencia que a articulação entre ensino, serviço e comunidade é fundamental para o desenvolvimento de competências voltadas ao cuidado integral e à atuação em rede. No âmbito formativo, a experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento de

competências essenciais à prática em saúde mental, como a escuta ativa, a empatia, a paciência e a sensibilidade diante das singularidades do sujeito em sofrimento psíquico. Evidenciou-se que o cuidado em saúde mental exige uma abordagem centrada na pessoa, capaz de reconhecer suas histórias, limites e potencialidades, compreendendo que cada encontro constitui uma oportunidade de construção de vínculo e de produção de cuidado. Por fim, reafirma-se que o cuidado em saúde mental, quando orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, deve ser pautado na liberdade, na dignidade e na inclusão social. A consolidação de práticas humanizadas, sustentadas pelo vínculo, pela corresponsabilização e pela integração da rede, mostra-se fundamental para promover a reintegração social e assegurar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com lógicas excludentes e fortalecendo o cuidado no território.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 2023: Informativo Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
2. Boni DD, Gomes RM, Bellenzani R. A cronicidade em saúde mental: um olhar sobre a produção científica brasileira. Saúde debate. 2025 fev 07;49(144):e8983P. doi: 10.1590/2358-289820251448983P.
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República; 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm.
4. Forte LT, Rozin L. Curricularização da extensão universitária em saúde: uma proposta com uso do diagnóstico comunitário. Rev Espaço Saúde. 2021;22(1):1-9. doi: 10.22421/1517-7130/es.2021v22.e774.

DESCRIPTORIOS: Saúde Mental; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

EIXO TEMÁTICO: EIXO 3: Prática social, cuidado e impactos na saúde da população