



20º Congresso Cearense de Enfermagem
29ª Convenção Interiorana de Enfermagem
14ª Semana de Enfermagem da Universidade do
Vale do Acaraú (UVA)
1º Seminário Gestão e Liderança em Enfermagem
Hospitalar

ENTRE DESAFIOS E POSSIBILIDADES: CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Carolina da Cunha Pereira¹
Eliany Nazaré Oliveira²
João Walyson da Paula Cordeiro³
Julia Silva Muniz⁴
Marcos Vínicius de Sousa Gama⁵

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. Graduando em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Sobral, Ceará. Brasil.

INTRODUÇÃO: A Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo marco legal é a Lei nº 10.216/2001, propõe a superação do modelo manicomial e a construção de uma rede substitutiva de cuidados baseada na liberdade, na cidadania e no protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico¹. Esse movimento histórico representa não apenas uma mudança na organização dos serviços, mas uma transformação paradigmática na forma de compreender a loucura, deslocando o foco da exclusão para a inclusão social e do isolamento para o cuidado em liberdade. A Reforma Psiquiátrica está profundamente articulada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a universalidade, equidade e integralidade, reforçando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) organiza os serviços de saúde mental de forma territorializada e hierarquizada, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado no território². A APS assume papel estratégico ao se constituir como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação longitudinal do cuidado e pela articulação com os demais pontos da rede. Assim, o cuidado em saúde mental passa a ser compreendido como responsabilidade compartilhada entre diferentes dispositivos, incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais e iniciativas comunitárias. Apesar dos avanços normativos e institucionais, persistem desafios estruturais na efetivação desse modelo, especialmente no que se refere à descontinuidade da assistência, fragilidade na articulação entre serviços e ausência de acompanhamento longitudinal. Tais limitações revelam a distância entre o que está preconizado nas políticas públicas e o que se materializa na prática cotidiana dos serviços. Essas lacunas contribuem para a cronificação dos transtornos mentais e para o agravamento das condições de vida dos usuários³, muitas vezes resultando em ciclos de recaídas, reinternações e exclusão social. Além disso, o sofrimento psíquico deve ser compreendido para além da dimensão clínica, sendo atravessado por determinantes sociais como pobreza, violência, racismo estrutural, desigualdade de gênero e exclusão social⁴. Essa perspectiva amplia o olhar sobre o adoecimento mental, reconhecendo-o como fenômeno complexo e multifatorial, que exige respostas intersetoriais e integradas. Nesse cenário, a sobrecarga do cuidado familiar, frequentemente assumida por mulheres, evidencia desigualdades estruturais e ausência de suporte institucional adequado⁵. As cuidadoras, muitas vezes invisibilizadas, acumulam funções e responsabilidades sem o devido reconhecimento ou apoio, o que pode impactar negativamente sua saúde física e mental. Diante desse contexto, torna-se fundamental refletir sobre as práticas de cuidado em saúde mental no âmbito da APS, especialmente no que diz respeito à atuação da enfermagem. O Processo de Enfermagem (PE) se apresenta como ferramenta essencial para a organização do cuidado, permitindo

uma abordagem sistematizada, individualizada e centrada nas necessidades do usuário e de sua família. Além disso, possibilita a incorporação de tecnologias leves, como a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, fundamentais no cuidado em saúde mental.

OBJETIVO: Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem no cuidado domiciliar a uma pessoa em sofrimento psíquico e sua família no contexto da Atenção Primária à Saúde, destacando as potencialidades e limitações dessa prática no fortalecimento do cuidado integral, longitudinal e territorializado. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, elaborado a partir das vivências de estudantes do Curso de Bacharelado em Enfermagem no acompanhamento de uma usuária em cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A experiência foi desenvolvida no âmbito do módulo de Saúde Mental, ofertado no 7º semestre da graduação, com carga horária total de 120 horas, distribuídas entre atividades teóricas e práticas. Desse total, 48 horas correspondem ao componente de extensão, de natureza obrigatória, realizado em cenários reais de prática, com inserção direta dos estudantes nos serviços de saúde do território. Essa proposta integra o processo formativo em enfermagem, orientado para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais, por meio da atuação em contextos concretos de cuidado. O módulo tem como objetivo articular os referenciais teóricos da saúde mental com a prática assistencial no território, favorecendo a aprendizagem significativa, o fortalecimento do pensamento crítico e a qualificação das práticas de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades ocorreram em território adscrito a um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Sobral, Ceará, envolvendo acompanhamento domiciliar e articulação com os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A experiência descreve o cuidado desenvolvido pelas acadêmicas no acompanhamento de uma usuária com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). As intervenções foram orientadas pelo Processo de Enfermagem (PE), contemplando suas cinco etapas:

avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem. Para subsidiar a construção do plano de cuidado, foram utilizados instrumentos de avaliação clínica, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), voltado à avaliação cognitiva, e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, utilizada para mensurar o nível de sobrecarga do cuidador. Esses instrumentos contribuíram para uma compreensão mais abrangente das necessidades da usuária e de sua rede de apoio, possibilitando a elaboração de intervenções mais direcionadas. Por se tratar de um relato de experiência baseado em vivências formativas no contexto da extensão universitária, os achados apresentados derivam de observações sistematizadas, registros reflexivos e discussões acadêmicas desenvolvidas ao longo do processo de ensino-aprendizagem. Ressalta-se que foram respeitados os princípios éticos, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações da usuária acompanhada. **RESULTADOS:** A experiência evidenciou fragilidades importantes na operacionalização da RAPS, com destaque para a ausência de acompanhamento contínuo da usuária, baixa frequência de visitas domiciliares por parte da equipe de saúde e inexistência de articulação efetiva com serviços especializados, como o CAPS. Esse cenário reforça a dificuldade na consolidação de um cuidado territorializado, integral e longitudinal, conforme preconizado pelas políticas públicas^{3,5}. A usuária apresentava sofrimento psíquico de longa duração, com sintomas psicóticos persistentes, incluindo delírios e possível desorganização do pensamento, além de alterações significativas de humor, isolamento social e baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Observou-se também a presença de queixas somáticas recorrentes, como dores inespecíficas, que podem ser compreendidas como manifestações do sofrimento psíquico. Do ponto de vista funcional, a usuária apresentava limitações nas atividades de vida diária, com dependência parcial para autocuidado, o que reforça o impacto do adoecimento mental na autonomia e qualidade de vida. A baixa adesão ao tratamento revelou-se multifatorial, envolvendo desde dificuldades de acesso aos serviços até compreensão limitada sobre a importância da continuidade terapêutica. No âmbito familiar, observou-

se sobrecarga significativa da cuidadora principal, associada à responsabilidade pelo cuidado de múltiplos familiares em sofrimento psíquico. Essa situação evidencia os impactos sociais do adoecimento mental e a insuficiência de políticas públicas voltadas ao suporte às famílias⁵. A cuidadora apresentava sinais de desgaste físico e emocional, com relatos de cansaço, estresse e sensação de impotência diante das demandas do cuidado. A aplicação do Processo de Enfermagem possibilitou uma compreensão ampliada das necessidades da usuária e de sua família, orientando intervenções mais sistematizadas e efetivas. A escuta qualificada e o acolhimento favoreceram a construção de vínculo, elemento essencial para a adesão ao cuidado em saúde mental. A partir desse vínculo, foi possível promover maior abertura da usuária para participação nas atividades propostas. As ações educativas contribuíram para uma maior compreensão sobre o uso correto da medicação, higiene do sono, alimentação e manejo do estresse. A inserção da usuária em atividades coletivas no território mostrou-se uma estratégia potente para redução do isolamento social, fortalecimento de vínculos comunitários e promoção da autonomia. A inclusão da cuidadora no plano de cuidado foi um aspecto central da intervenção, permitindo visibilizar suas demandas e oferecer suporte por meio de orientações voltadas ao autocuidado e à divisão de responsabilidades. Essa abordagem contribuiu para redução da sobrecarga percebida e para o fortalecimento da rede de apoio. Apesar dos avanços observados, a ausência de continuidade do cuidado pela rede de saúde limita a sustentabilidade das intervenções realizadas. A falta de acompanhamento sistemático compromete a manutenção dos ganhos obtidos, evidenciando a necessidade de fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O relato evidencia a complexidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e as fragilidades na efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado, à articulação entre os serviços e à corresponsabilização das equipes. A aplicação do Processo de Enfermagem mostrou-se fundamental para a organização do cuidado,

permitindo intervenções mais estruturadas, individualizadas e centradas nas necessidades da usuária e de sua família. Além disso, reforça o papel estratégico da enfermagem na construção de práticas humanizadas, baseadas na escuta, no vínculo e na integralidade. Destaca-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde mental, com ampliação do acesso aos serviços, qualificação das equipes e implementação efetiva de estratégias como o Projeto Terapêutico Singular. É fundamental também investir em ações interprofissionais e intersetoriais, capazes de enfrentar os determinantes sociais do sofrimento psíquico. Por fim, reafirma-se que o cuidado em saúde mental deve ultrapassar a lógica biomédica, incorporando dimensões sociais, culturais e subjetivas do adoecimento. Promover autonomia, cidadania e dignidade dos sujeitos em sofrimento psíquico não é apenas um objetivo assistencial, mas um compromisso ético e político com a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

REFERÊNCIAS:

1. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/11285/1/POR_TARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%2023%20DE%20DE_ZEMBRO%20DE%202011.pdf
3. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: avanços e impasses. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(2):48–55.
4. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
5. Dalgallarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde Mental; Processo de Enfermagem.

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